UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1973 — N°.....

LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE FEMININE

(A PROPOS DE 16 CAS)

THESE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE MENTION MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le .....

par

BENAMEUR Mourad

Né le 26 Mars 1948 à BOGHARI

Membres du Jury

MM. H. KLIOUA : Maître de Conférences Agrégé de Rhumatologie..... } PRESIDENT

S. CHITOUR : Professeur Chargé de la Chaire d'Anatomie Générale...

J.P. GRANGAUD : Maître de Conférences Agrégé (Pediadrie - Puericulture) } JUGES

B. OULD-ROUIS : Professeur Agrégé (Maladies Infectieuses)..... .....

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1973 — N°.....

LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE FEMININE

(A PROPOS DE 16 CAS)

THESE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE MENTION MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le .....

par

BENAMEUR Mourad

Né le 26 Mars 1948 à BOGHARI

Membres du Jury

MM. H. KLIOUA : Maitre de Conférences Agrégé de Rhumatologie..... } PRESIDENT

S. CHITOUR : Professeur Chargé de la Chaire d'Anatomie Générale... }

J.P. GRANGAUD : Maitre de Conférences Agrégé (Pediadrie - Puericulture) } JUGES

B. OULD-ROUIS : Professeur Agrégé (Maladies Infectieuses)..... ..... }

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

- SERMENT D'HIPPOCRATE -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547002_0009

JE DEDIE CETTE THESE :

A la mémoire de mon père dont l'absence en ce jour se fait particulièrement ressentir.

A ma mère,

faible témoignage de ma profonde affection et de mon immense reconnaissance pour tous les sacrifices qu'elles s'est imposé.

C'est à elle que je dois tout.

J'espère que ce jour est l'un des plus beaux de sa vie.

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur H. KLIOUA

Vous nous avez accueilli dans votre service avec la plus grande Bienveillance.

Nous avons ensuite eu le privilège de profiter de votre enseignement à la faculté et au lit du malade.

Nous avons été impressionnés par votre grande culture et vos qualités humaines.

Qu'il nous soit permis aujourd'hui de vous exprimer toute notre admiration et notre fidèle attachement.

A nos Juges :

A Monsieur le Professeur S. CHITOUR, qui nous fait aujourd'hui l'honneur de juger notre travail.

Dans les premières années de nos études, nous avons suivi avec intérêt votre enseignement très clair et admiré vos qualités pédagogiques.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à ce modeste travail et vous témoignons notre profond respect.

A Monsieur le Professeur J.P GRANGAUD

Nous avons eu la chance d'être interne dans votre service.

Votre simplicité et votre accueil toujours Bienveillant nous ont profondément touché.

Avec beaucoup d'obligeance, vous avez accepté de juger notre travail.

Veuillez croire à l'expression de notre déférente reconnaissance.

A Monsieur le Professeur B. OULD-ROUIS,

Vous avez eu l'amabilité de bien vouloir siéger dans notre Jury.

Nous n'avons pas eu l'honneur d'être votre interne mais nous conservons le souvenir de votre précieux enseignement à la faculté.

Qu'il nous soit aujourd'hui permis de vous exprimer notre profonde gratitude.

A mon grand père,

pour tout ce qu'il a fait pour moi.

A Zakia,

pour son aide et son soutien moral.

A mes frères et soeurs,

avec ma profonde affection.

A mon oncle Mahmoud,

et ma tante Yamina

A mon petit neveu Nazim

A toute ma famille

A tous mes amis.

OBSERVATIONS N°2 B..... h..... 20 ans

- PREMIERE HOSPITALISATION :

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans. Hospitalisée pour la première fois le 3 Juillet 1968 pour des douleurs dorso-lombaires inflammatoires évoluant depuis 4 ans sans irradiations dans les membres inférieurs, ni de manifestations neurologiques, mais s'accompagnant d'une importante rigidité vertébrale et d'une cyphose dorsale irréductible.

Dans ses antécédents on ne retrouve pas d'atteinte oculaire ou digestive ni de manifestations articulaires périphériques.

Le reste de l'examen somatique est totalement négatif.

BIOLOGIE

1 - l'hémogramme montre une anémie discrète à 3.900.000 GR/mm3. Les leucocytes sont à 9.600 GB/mm3, avec 61% de polynucléaires neutrophiles, 2% d'éosinophiles et 37% de lymphocytes.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée à 52 mm à la 1ère heure.

3 - Les autres éléments du bilan inflammatoire sont normaux. Le Waaler Rose et le latex sont négatifs.

RADIOLOGIE

1 - Il existe une sacro-iléite bilatérale modérée :

A droite : remaniement de l'interligne qui est flou. Les berges articulaires sont déminéralisées, surtout l'iliaque où la déminéralisation est bordée d'une trainée de condensation.

A gauche : on note les mêmes remaniements mais d'intensité moindre.

2 - Le rachis :

a) Colonne lombaire : les articulations interapophysaires postérieures ont leurs berges épaissies avec densification et flou de l'interligne articulaire.

b) Colonne dorsale : on note seulement une cyphose.

c) Colonne cervicale : remaniement interapophysaire postérieur au niveau de C4-C5.

3 - Les articulations périphériques des membres supérieurs et des membres inférieurs sont radiologiquement indemnes.

- DEUXIEME HOSPITALISATION :

La malade est hospitalisée 10 mois plus tard soit le 16 Mai 1969, elle présente alors :

1 - Une atteinte de l'épaule gauche apparue depuis un mois avec des douleurs de type inflammatoire et une limitation des mouvements d'abduction, d'adduction et d'élévation.

2 - Des artralgies de type inflammatoire touchant les petites articulations des mains sont notées depuis quèlques mois.

3 - On peut également noter une accentuation de la cyphose dorsale avec disparition de la lordose lombaire et persistance de la rigidité ; les douleurs déjà notées à la précédente hospitalisation existent toujours.

La tête est projetée en avant, mais le rachis cervical présente une mobilité normale.

4 - Le reste de l'examen somatique est normal.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme montre une anémie discrète à 3.700.000 GR/mm3/ Les globules blancs sont à 6.600/mm3 avec 51% de polynucléaires ; 5% d'éosinophiles ; 38% de lymphocytes ; 5% de monocytes.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée à 70 mm pour la 1ère heure.

3 - Les autres éléments du bilan inflammatoire sont inchangés.

Les réactions de Waaler Rose et le latex sont négatives.

4 - Bilan phospho-calcique :

- Calcémie : 105 Mg/l
- Phosphatémie : 33 Mg/l
- Calciurie : 159 Mg/24 h.
- Phosphatase alcaline : 5 UB (Unités Bodansky).

R A D I O L O G I E

1 - Les articulations sacro-iliaques sont le siège des mêmes remaniements qui prédominent à droite où la condensation des berges tend à s'estomper.

2 - Le reste de l'examen radiographique met en évidence une discrète déminéralisation de l'épaule gauche. L'état des autres articulations étant inchangé.

E N R E S U M E

Il s'agit d'une malade âgée de 20 ans présentant une pelvi-spondylite rhumatismale évoluant depuis 4 ans avec atteinte prédominante du rachis dorso-lombaire et localisation scapulaire gauche.

COLONNE LOMBAIRE 3/4

SACRO-ILIAQUES

OBSERVATION - 2 -

O B S E R V A T I O N S N° 3 Mme G..... c..... 43 ans

Il s'agit d'une malade de 43 ans sans profession, mère de Sept (7) enfants chez qui le début de la maladie remonte à à 2 ans marqué par des douleurs vertébrales inflammatoires touchant les 3 étages du rachis.

Par la suite petites et grosses articulations des membres sont prises à leur tour.

Depuis 6 ans, soit 5 ans après le début, sont apparues des tuméfactions des genoux, chevilles, poignets et coudes ayant nécessité divers traitements et une hospitalisation dans un hôpital régional où le diagnostic de syndrome épaule-main et torticoli est posé.

C'est dans cet état qu'elle est hospitalisée en rhumatologie.

Aucun antécédentsmorbide n'est retrouvé.

E X A M E N D' E N T R E E

1 - La marche est possible ; cependant il existe une importante cyphose dorsale et la tête est projetée en avant.

2 - L'examen du rachis :

a) Cervical : montre que les inclinaisons latérales et les rotations sontimpossibles, de même que l'extention et que la flexion.

- La distance occiput - mur = 8 cm.
- La distance menton - sternum = 7 cm.

b) Dorsal : on note une nette cyphose.

c) La colonne lombaire est rigide et la distance main-sol = 50 cm.

3 - Les articulations périphériques :

a) membres supérieurs : les mouvements d'abduction et d'antépulsion de l'épaule droite sont douloureux et limités à 100°.

A gauche seule la douleur existe à la mobilisation.

Les coudes sont normaux.

Le poignet droit est limité : flexion et extension = 10°.

Au niveau des doigts, on note un discret hippocratisme digital.

b) membres inférieurs : sans être limités, les mouvements de flexion des hanches sont douloureux.

L'extension, les rotations, l'abduction,et l'adduction ne sont pas affectées.

Les genoux sont douloureux lors de la flexion.

4 - Le reste de l'examen somatique est négatif.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme montre une anémie modérée à 3.700.000 GR/mm3. Le nombre des globules blancs est à 6.600/mm3 avec polynucléose neutrophile à 80% ; les éosinophiles sont à 4% et les lymphocytes à 14%

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée à 85 mm à la 1ère heure.

3 - A l'electrophorese: les alpha 2 globulines sont augmentées (2 gr/l) de même que les béta globulines (12gr/l).

4 - Les autres éléments du bilan inflammatoire ne sont pas perturbés.

5 - Les réactions du latex et de Waaler Rose sont négatives. Les Antistreptolysines O = 100 U.

6 - Anatomo-pathologie :

Pièce examinée le 15 mai 1970 :

Synoviale du genou

le prélèvement examiné montre une synoviale dont les franges sont atrophiques. Leur axe est fibreux et contient quelques capillaires au niveau de certaines d'entre elles.

Le chorion sous jacent est hyalin et ne renferme que de très rares cellules inflammatoires.

Il s'agit d'une synovite chronique sans images histologiques de spécificité.

RADIOLOGIE

1 - Important remaniement des 2 articulations sacro-iliaques avec condensation massive des berges iliaques et sacrées.

A gauche l'interligne est effacé alors qu'à droite on en retrouve quelques vestiges.

2 - Examen du rachis :

a) le rachis lombaire est le siège d'une déminéralisation modérée avec intégrité des espaces inter-vertébraux jusqu'à L3 - L4 mais le disque L4 - L5 est condensé.

On note entre L4 - L5 , L2 - L3 un syndesmophyte antérieur et une soudure étagée des articulations interapophysaires réalisant une véritable coulée osseuse.

b) La colonne dorsale présente une cyphose à grand rayon et les articulations interapophysaires postérieures sont soudées.

c) Colonne cervicale : on retrouve une érosion des apophyses unciformes des trois dernières vertèbres et une accentuation de la lordose.

3 - Les articulations périphériques sont radiologiquement indemnes.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante évoluant depuis 2 ans avec atteinte rachidienne dorso-lombaire et manifestations articulaires périphériques.

BASSIN FACE

COLONNE DORSO-LOMBAIRE
de profil

OBSERVATION - 3 -

COLONNE DORSO-LOMBAIRE
de profil

COLONNE LOMBAIRE
de profil

OBSERVATION - 3 -

OBSERVATIONS N° 4 Mlle K... n... 30 ans

Il s'agit d'une femme de 30 ans célibataire admise dans le service en 1968.

Le début de la maladie remonte à 7 ans soit à l'âge de 23 ans marqué par l'installation progressive de gonalgies bilatérales inflammatoires permanentes entravant la marche.

Elles sont bientôt suivies de douleurs lombosacrées et fessières supérieures du même type.

En 1967 soit 10 ans après les premiers signes de l'affection s'ajoutent des cervicalgies avec limitation des mouvements du rachis cervical et une raideur de toute la colonne vertébrale.

C'est dans cet état qu'elle est admise dans le service un an plus tard.

L'EXAMEN D'ENTREE MONTRE

1 - que la marche est pénible, la tête projetée en avant.

2 - il existe une raideur marquée de tout le rachis avec perte de la lordose lombaire et accentuation de la cervicale.

Le rachis cervical est douloureux et limité ; les mouvements de latéralité, de flexion, d'extension étant quasi impossibles.

La palpation des épineuses de D7 à L1 est douloureuse, et la distance main-sol à 30 cm.

3 - Les articulations des membres supérieurs sont indemnes tandis qu'aux membres inférieurs existe une coxite bilatérale avec limitation de :

- la flexion à 50° des deux côtés
- des rotations qui sont douloureuses alors que
- l'abduction et l'adduction sont normales

Les genoux sont douloureux mais non limités.

4 - Le reste de l'examen somatique ne montre pas d'anomalies, hormis une diminution de l'ampliation thoracique (1 cm).

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme montre une anémie à 2.900.000 GR/mm3 et une leucopénie à 4.000 GR/mm3 avec une polynucléose neutrophile à 70% et un taux de lymphocytes à 20% : les monocytes sont à 2%.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée à 60 mm à la 1ère heure.
Les autres éléments du bilan inflammatoire ne sont pas perturbés.

3 - Les réactions de Waaler Rose et du latex sont négatives et le taux d'antistreptolysines O à 100 unités.

R A D I O L O G I E

1 - Sacro-iléite bilatérale au stade II pratiquement symétrique. Les interlignes sont remaniés avec :

A droite aspect pommelé des berges iliaque et sacré.
Alors qu'à gauche la condensation predomine.

2 - L'étude du rachis montre : outre une déminéralisation

a) des syndesmophytes entre D11-D12 et une amorce de pont osseux entre D12 & LI.

Toute la colonne lombaire présente un remaniement modéré des articulations interapophysaires postérieurs dont les contours sont densifiés et les interlignes pincés par endroits.

b) La colonne dorsale ne présente pas d'anomalies.

c) Le rachis cervical est en rectitude.

On note : une erosion des apophyses inciformes de C6 avec un bloc interapophysaire postérieur entre C2-C3 ; une asymétrie des masses latérales de l'axis et un pincement de l'interligne atlo-axoïdien à droite.

3 - L'exploration des articulations périphériques met en évidence :

a) une déminéralisation au niveau de l'épaule droite. Le contour de la tête humérale est aplati et il existe une osteophytose au niveau du col anatomique avec un remaniement de la partie inférieure de la glène dont le contour est régulier.

b) l'épaule gauche est normale, de même que les autres articulations.

c) aux membres inférieurs :

- l'interligne coxo-femoral est normal des deux côtés ; cependant la tête femorale droite est discrètement déminéralisée.

- les genoux sont le siège d'une déminéralisation épiphysaire bilatérale sans modifications de l'interligne articulaire. A gauche, on note une eversion du plateau tibial interne avec "liping" ; une ossification ligamentaire rotulienne antérieure bilatérale est retrouvée sur le cliché de profil.

- les chevilles et les pieds sont normaux.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante féminine évoluant depuis 7 ans avec manifestations rachidiennes et coxite clinique.

CLICHE DU BASSIN

COLONNE CERVICALE

OBSERVATION - 4 -

COLONNE CERVICALE
(Atlo-Axoïdienne)

EPAULE CHAUCHE NORMALE

OBSERVATION - 4 -

EPAULE DROITE
(atteinte)

EPAULE DROITE
(atteinte)

OBSERVATION - 4 -

OBSERVATIONS N°5 — Mme G.... k.... 51 ans

Femme de 51 ans, ménopausée, mariée, sans enfants adressée au service en 1970 pour lombalgies.

Cinq ans plus tôt la scène clinique a été ouverte par des douleurs lombaires basses de type inflammatoire d'emblée, irradiant le long de la face postérieure des membres inférieure jusqu'au talon ; 7 mois plus tard les douleurs gagnent le rachis dorsal et la tibio-tarsienne droits.

En même temps apparaît une rigidité vertébrale avec cyphose dorsale.

EXAMEN D'ENTREE

1 - La marche est normale

2 - Rigidité vertébrale dorso-lombaire avec limitation de tous les mouvements.

La cyphose dorsale est importante et la tête projetée en avant (distance occiput - mur = 10 cm).

3 - Les articulations des membres supérieurs : seule l'épaule droite est limitée et douloureuse.

4 - Aux membres inférieurs la mobilité articulaire est normale.

5 - Le reste de l'examen somatique ne met en évidence qu'une forte diminution de l'ampliation thoracique = 1 cm.

BIOLOGIE

1 - Anémie modérée à 3.960.000 GR/mm3 ; le taux de leucocytes est à 8.900/mm3 avec neutropénie à 47% ; lymphocytose à 46%, éosinophiles à 3% et 4% de monocytes.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée à 40 mm la 1ère heure.

Le fibrinogène est nettement augmenté : 8 g/l.

Les autres éléments du bilan inflammatoire ne sont pas perturbés.

3 - Les réactions de Waaler Rose et du latex sont négatives et les antistreptolisines O à un taux normal.

4 - Le bilan phosphocalcique est normal.

R A D I O L O G I E

1 - L'exploration des articulations sacro-iliaques note un remaniement bilatéral massif, symétrique, témoignant d'une sacro-iléite au stade III.

2 - Le rachis lombaire est le siège de ponts osseux s'étendant de D12 à L5.

Les articulations interapophysaires postérieures L4-L5 sont soudées, les autres sont nettement remaniées.

3 - Au niveau de la région dorsale les articulations intérapophysaires sont atteintes alors que le rachis cervical paraît normal.

4 - L'étude radiologique des articulations périphériques ne montre pas d'anomalies.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante féminine évoluant depuis 6 ans avec atteinte rachidienne importante et manifestations articulaires périphériques.

CLICHE DU BASSIN

OBSERVATION - 5 -

OBSERVATIONS N° 6 Mme K..... m.... 33 ans

Patiente âgée de 33 ans chez qui le début de la maladie remonte à 3 ans marqué par des douleurs fessières hautes et de l'aine avec irradiations aux genoux.

Ces douleurs prédominent à droite et sont de type inflammatoire.

Deux ans plus tard, le rachis est touché aux niveaux dorsal et cervical, en même temps que s'installe une impotence fonctionnelle rendant la station debout très difficile.

Actuellement les douleurs sont très vives au niveau des hanches, des genoux et des colonnes cervicale et dorsale.

Les antécédents de la malade ne permettent pas de mettre en évidence une quelconque affection morbide.

Notre patiente est par ailleurs mère de 2 enfants.

EXAMEN D'ENTREE 11 Mars 1972

1 - La station debout est difficile et pénible ; la malade a le cou fléchi, le front penché en avant et les genoux pliés.

2 - Le rachis est rigide à tous les niveaux, seules des rotations latérales cervicales de faible amplitude (15°) sont possibles. La distance menton-sternum et à 3 cm.

3 - Les hanches sont limitées et douloureuses :

A droite :

Flexion.....90°
Extension..... 0°
Rotation interne..... 0°
Rotation externe..... 0°

Abduction..... 5°
Adduction.....20°

A gauche :

Flexion.....40°
Extension..... 0°
Rotation interne..... 5°
Rotation externe..... normale
Abduction.....10°
Adduction.....20°

4 - Les autres articulations sont normales.

5 - Le reste de l'examen viscéral est négatif.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme est normal : 4.200.000 GR/mm3 ; 8.600 leucocytes/mm3 avec 54% de polynucléaires neutrophiles 3% d'éosinophiles ; 37% de lymphocytes et 6% de monocytes.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est fortement accélérée : 108 mm à la 1ère heure.

Le fibrinogène est normal mais on note une nette augmentation des gammas globulines à 45% (40,3 g/l).

3 - La réaction de Waaler Rose est positive au 1/64ème les antistreptolysines O sont à 200 U.

4 - Les autres examens complémentaires sont normaux.

R A D I O L O G I E

1 - Sacro-iléite bilatérale au stade III avec fusion articulaire et un aspect pommelé de la région sacro-iliaque où l'on devine par endroits des vestiges de l'ancien interligne articulaire.

2 - Le rachis :

a) lombaire en rectitude. On ne note pas de syndesmophytes mais il existe une ossification des articulations interapophysaires postérieures réalisant l'aspect de voie à deux rails.

b) dorsal : cyphose à grand rayon. Les articulations interapophysaires postérieures sont remaniées (ossifiées).

c) cervical : effacement de la lordose cervicale sans autre remaniement.

3 - Au niveau des hanches :

- coxite bilatérale avec pincement polaire supérieur.
- densification des contours des têtes fémorales et déminéralisation sous jacente ; cependant les contours des têtes fémorales sont respectés.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante féminine avec atteinte rachidienne massive et coxite bilatérale ayant rapidement abouti en 3 ans d'évolution à une impotence fonctionnelle marquée et invalidante.

BASSIN

COLONNE LOMBAIRE

OBSERVATION - 6 -

COLONNE DORSO-LOMBAIRE

OBSERVATION - 6 -

OBSERVATIONS N°7 Mme H...., s..... 39 ans

Est admise pour la première fois dans le service en Avril 68.

Le début de la maladie remonte à 6 ans marqué par une atteinte articulaire périphérique intéressant les grosses et les petites articulations des membres, évoluant par poussées entrecoupées de rémissions et qui a fait porter le diagnostic de polyarthrite chronique.

Depuis 15 jours, elle présente une poussée douloureuse inflammatoire localisée aux chevilles, genoux, poignets, métarcapophalangienne, interphalangiennes proximales et au rachis cervical qui est douloureux et limité.

Antécédents :

- hôspitalisation en 1962 pour "polyarthrite chronique évolutive"
- son fils âgé de 19 ans présente une spondylarthrite ankylosante et a été hôspitalisé dans le service la même année.

L'EXAMEN D'ENTREE montre que :

1 - la marche est pénible réveillant des douleurs au niveau des plantes des pieds.

2 - Les chevilles sont tuméfiées et douloureuses ; les genoux sont douloureux et la flexion limitée.

Les hanches sont douloureuses en fin de course mais l'ampliatude des mouvements est normale.

Les poignets :

A droite : tuméfaction dorsale chaude ; toute mobilisation est impossible.

A gauche : les mouvements sont douloureux sans limitation.

Les mains : on note une tuméfaction modérée des 2ème, 3ème et 4ème interphalangiennes proximales droites.

Les coudes sont normaux.

Les épaules présentent une limitation axiale et sont douloureuses.

3 - Le rachis cervical est douloureux et tous les mouvements nettement limités.

La tête est projetée en avant.

Il existe une cyphose dorsale avec palpation douloureuse des apophyses épineuses, mais le rachis est normal.

4 - L'examen viscéral met en évidence un souffle systolique de pointe irradiant peu sans anomalies radiographique ou électrique.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme montre une anémie modérée à 3.800.-000 GR/mm3.

Les globules blancs sont à 6.000/mm3 avec 80% de polynucléaires neutrophiles, 18% de lymphocytes et 2% de monocytes.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée à 75 mm à la 1ère heure.

3 - La réaction de Waaler Rose est positive au 1/256ème

4 - La recherche de cellules de Hargrave est négative et on ne retrouve pas d'autres anomalies biologiques.

R A D I O L O G I E

1 - Les articulations sacro-iliaques sont nettement remaniées :

A droite : on note un aspect pommelé étendu aux berges articulaires avec un interligne flou, irrégulier difficilement visible.

A gauche : l'interligne est mieux visible.

2 - Au rachis cervical on trouve une hyperlordose.

Les articulations interapophysaires postérieures sont soudées entre C4 et C5 ; ponts osseux entre C6 et C7

3 - Au rachis dorsal : cyphose importante à petit rayon.

4 - Au niveau de la colonne lombaire, il existe des syndesmophytes entre D12-L1, L2-L3 et L4-L5.

La soudure des articulations interapophysaires postérieures est nette, réalisant l'aspect de voie à 2 rails.

5 - Le ligament ilio-lombaire est ossifié à gauche et la symphyse pubienne grignotée ; ses berges sont le siège de condensation.

Ossification du ligament astragalocalcanéen.

6 - Les hanches sont normales.

7 - de même que les poignets et les mains.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante féminine à début articulaire périphérique, évoluant depuis 6 ans, présentant actuellement une atteinte rachidienne massive et une atteinte pseudopolyarthritique clinique et dans les antécédents de laquelle on retrouve un fils de 19 ans porteur de la même affection.

BASSIN FACE

COLONNE LOMBAIRE

Face

OBSERVATION - 7 -

CLICHE BASSIN 3/4

COLONNE DORSALE

OBSERVATION - 7 -

OBSERVATIONS N°8 Mme S..... z..... 34 ans

Il s'agit d'une femme âgée de 34 ans, multipare admise en 1968 pour Lombalgies.

Le début de la maladie remonte à 2 ans, soit à l'âge de 32 ans marqué par des douleurs lombaires accompagnées de raideur survenant au repos et à la marche. Ces douleurs présentent une nette recrudescence nocturne et ont une irradiation crurale antérieure. On retrouve aussi un long dérouillage matinal. Ces douleurs deviennent par périodes très intenses, obligeant la patiente à marcher le tronc penché en avant.

Aucune manifestation articulaire périphérique n'est notée et les antécédents morbides sont nuls.

EXAMEN D'ENTREE

1 - la marche est normale

2 - On note une rigidité lombaire avec limitation des mouvements de latéralité, de la flexion et de l'extension.

La lordose lombaire disparue est remplacée par une discrète cyphose.

3 - Le reste de l'examen somatique est normal.

BIOLOGIE

1 - L'hémogramme montre une anémie à 3.500.000 GR/mm3.

Le taux de leucocytes est à 6.100/mm3 sans perturbation de l'équilibre leucocytaire.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée à 65 mm à la 1ère heure.

3 - Les réactions de Waaler Rose et de Latex sont négatives.

R A D I O L O G I E

1 - Sacro-iléite au stade III avec persistance de quelques vestiges des anciens interlignes.

2 - Le rachis lombaire est le siège d'une ossification débutante bilatérale entre L4-L5.

La soudure des articulations interapophysaires est évidente, réalisant une importante coulée dense étendue au rachis dorso-lombaire.

3 - La colonne cervicale et les articulations des membres sont normales.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante féminine évoluant depuis 2 ans avec manifestations rachidiennes isolées et apophysite postérieure prédominante.

COLONNE DORSO-LOMBAIRE 3/4

BASSIN FACE

OBSERVATION - 8 -

OBSERVATIONS N°9 Mme S..... f..... 40 ans

Il s'agit d'une femme âgée de 40 ans admise dans le service en 1971 pour spondylarthrite ankylosante.

Le début de la maladie remonte à 12 ans soit à l'âge de 28 ans marqué par des cervicalgies d'horaire inflammatoire, avec irradiations dorsale et scapulaire droites.

Suelques mois plus tard, elle présente des lombalgies à irradiations crurales postérieures, plus intenses à gauche, survenant au repos et à la marche avec recrudescence nocturne.

C'est dans cet état qu'elle est hospitalisée en 1962 pendant 7 mois dans un hôpital régional.

Puis la marche est devenue de plus en plus difficile et pénible.

EXAMEN D'ENTREE

1 - Nette altération de l'état général

2 - La marche est impossible.

3 - Les hanches sont limitées et douloureuses.

A droite : la flexion est à 90°. Les rotations internes et externes, l'abduction et l'adduction sont impossibles à obtenir.

A gauche : les mouvements sont nuls et les douleurs au premier plan.

4 - Le genou droit est douloureux mais non limité.

5 - Le rachis cervical est nettement limité dans tous ses mouvements. On note une cyphose dorsolombaire.

6 - Le reste de l'examen viscéral est normal.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme montre une anémie à 3.990.000 GR/mm3. Les globules blancs sont à 7.900/mm3 avec 61% de polynucléaires neutrophiles, 2% d'éosinophiles, 30% de lymphocytes, 7% de monocytes.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est à 15 mm à la 1ère heure.

Les alpha 2 et les gamma globulines sont augmentées à 11 G O/OO et 25 G O/OO.

3 - La réaction de Waaler Rose est positive au 1/128ème.

R A D I O L O G I E

1 - Sacro-iléite bilatérale évoluée avec fusion articulaire (stade III).

2 - Au niveau de la colonne lombaire, les articulations interapophysaires postérieures sont remaniées et leurs berges épaissies et denses.

L'interligne articulaire, bien que flou, est conservé.

3 - Au niveau du rachis cervical, on note un bloc apophysaire postérieur étendu de C2 à C7 avec déminéralisation osseuse. Les corps vertébraux de C5 à C7 sont mis au carré.

Entre C4 et C5, ils semblent amorcer un début de fusion. Le rétrécissement des trous de conjugaison est considérable et étagé.

4 - Au niveau des hanches : coxite bilatérale.

A gauche : l'interligne articulaire effacé par endroit est pincé globalement. La tête fémorale est remaniée avec condensation prédominante, étendue au cotyle.

Il existe une ostéophytose péricapitale et une butée cotyloïdienne externe.

A droite : les lésions sont semblables, le pincement de l'interligne est global. Géodes osseuses sous chondrales cotyloïdiennes ouvertes dans l'interligne.

- tête fémorale densifiée peu remodelée,
- Ostéophytose péricapitale.

5 - La symphyse pubienne est remaniée avec flou des berges et condensation étendue.

6 - Les autres articulations sont indemnes.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante féminine évoluant depuis 12 ans avec manifestations rachidiennes massives, et coxite bilatérale ayant abouti à un état d'invalidité de type III.

BASSIN FACE

COLONNE LOMBAIRE FACE

OBSERVATION - 9 -

COXITE BILATERALE

Radio des 2 hanches - Face

OBSERVATION - 9 -

INCIDENCES SPECIALES
(COXITE BILATERALE)

OBSERVATION - 9 -

COLONNE CERVICALE

Profil

OBSERVATION - 9 -

OBSERVATIONS N°10 Mme S..... s..... 38 ans

Il s'agit d'une femme sans antécédents pathologiques, âgée de 38 ans admise dans le service en 1971 pour spondylarthrite ankylosante.

Le début de la maladie remonte à 15 ans soit à l'âge de 23 ans marqué par une fatigabilité inhabituelle et des douleurs inflammatoires de tout le rachis avec recrudescence nocturne, génératrices d'insomnies.

Rapidement en quelques mois les mouvements du cou se limitent et dix (10) années plus tard surviennent des douleurs au niveau des deux genoux, douleurs de type inflammatoire.

EXAMEN D'ENTREE

1 - Conservation de l'état général.

2 - La marche est douloureuse et dandinante.

3 - Le rachis dorso-lombaire est limité, rigide avec effacement de la lordose lombaire et une cyphose dorsale exagérée.

La colonne cervicale est raide et tous ses mouvements sont limités : la distance menton-sternum est de 7 cm.

4 - Au niveau de l'épaule droite il existe une limitation douloureuse de l'abduction qui est à 15°.

5 - Les hanches sont douloureuses et limitées ; en particulier l'abduction. Les rotations interne et externe, la flexion étant moins touchées.

Le reste de l'examen somatique est normal.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme montre une anémie à 3.620.000 GR/mm3 avec hypochromie et anisocytose. Les globules blancs sont à 6.300/mm3 et l'équilibre leucocytaire n'est pas perturbé P. N. 57% - BO.1%; Baso. O, L. 40% et monicytes 2%.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est normale à 12 mm à la 1ère heure et les autres éléments du bilan inflammatoire non perturbés.

3 - La réaction de Waaler Rose montre une agglutination au 1/512ème et les ASLO sont à 100 unités.

R A D I O L O G I E

Déminéralisation diffuse de tout le squelette.

a) Sacro-iléite au stade III avec fusion articulaire totale.

b) Rachis :

1 - Les radiographies de la colonne lombaire de face montrent des syndesmophytes étagés entre L1-L2, L2-L3, L3-L4 L4-L5 donnant l'aspect de colonne bambou.

L'ossification des articulations interapophysaires postérieures et du ligament interépineux réalise l'aspect classique de voie à trois rails.

Les radiographies de la colonne lombaire de profil montrent que la lordose lombaire est remplacée par une cyphose à grand rayon.

L'opacification des disques intervertébraux est mieux visible sur le profil.

- 2 - Colonne dorsale :

- Cyphose dorsale accentuée, à grand rayon,

- Ossification interapophysaire postérieure étagée.

3 - Colonne cervicale :

- perte de la lordose cervicale,(rectitude).

- sur le cliché de face l'érosion des apophyses unciformes est nette

- sur le profil, coulée osseuse interapophysaire postérieure de C2 à D1 ; ponts osseux antérieurs entre C2-C3, C5-C6, C6-C7 et C7-D1.

-,Ossifications discales surtout entre C5-C6 et C6-C7.

c) Les articulations périphériques :

- Hanches

- coxite bilatérale avec pincement circonférenciel.

- densification de la tête fémorale gauche dont les contours sont respectés.

A droite, pincement global de l'interligne, la tête fémorale étant moins dense qu'à gauche. Déminéralisation sous-chondrale au niveau de la région polaire supéro-externe. Geode cotyloïdienne finement cerclée entourée d'un halo de condensation.

E N R E S U M E

Malade de 38 ans présentant une spondylarthrite ankylosante évoluant depuis 15 ans avec atteinte pelvirachidienne intense et coxite bilatérale modérée apparue 10 ans après le début de la maladie.

OBSERVATIONS N°11 M..... k..... 40 ans

Il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans hospitalisée en 1971 pour spondylarthrite ankylosante évoluée.

Le début de la maladie remonte à 15 ans soit à l'âge de 25 ans marqué par des douleurs inflammatoires lombosacrées obligeant la patiente à garder le lit, évoluant par poussées de plus en plus intenses.

Quelques mois plus tard, le rachis cervical et les épaules sont concernés.

Progressivement le tronc s'incline vers l'avant et les mouvements du cou et de la tête se limitent ; la marche devient pénible et difficile.

C'est dans cet état qu'elle est admise dans le service.

Antécédents : mariée, mère de 2 enfants sans antécédents morbides notables.

L'EXAMEN D'ENTREE montre :

1 - Une marche difficile réveillant les douleurs.

2 - Le rachis est le siège d'importantes anomalies :

- cyphose dorsale irréductible à petit rayon ;
- raideur lombaire nette avec perte de la lordose ;
- projection de la tête en avant ;

qui empêchent le décubitus dorsal complet.

Les mouvements du rachis cervical sont nuls.

3 - Les épaules sont limitées et douloureuses ; la limitation des mouvements est plus marquée à droite.

Les hanches sont douloureuses à la mobilisation et leurs mouvements limités en particulier l'abduction, l'adduction et les rotations.

Les autres articulations sont indemnes.

4 - L'examen viscéral ne décèle aucune anomalie.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme montre une anémie modérée à 3.800.000 GR/mm3. Des globules blancs à 8.400/mm3 sans perturbations notables de l'équilibre leucocytaire ; polynucléaires neutrophiles à 59% ; éosinophiles 5% ; basophiles 0 ; lymphocytes 32% ; monocytes 4%.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est accélérée à 50 mm à la 1ère heure.

3 - Les réactions de Waaler Rose et du latex sont négatives.

R A D I O L O G I E

1 - Il existe une sacro-iléïte bilatérale au stade III.

2 - Le rachis est déminéralisé dans son ensemble.

On note au niveau cervical des ponts osseux antérieurs qui unissent C2-C3 et C4-C5.

Une apophysite postérieure étagée avec bloc C2-C3.

Au niveau dorsal : cyphose à petit rayon avec syndesmophytes antérieurs étagés entre D3 et D12.

A la charnière dorso-lombaire, les disques intervertébraux sont le siège d'ossifications feuilletées.

Au niveau lombaire on retrouve une importante ossification paravertébrale étagée.

Les articulations périphériques sont indemnes.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante féminine évoluant depuis 15 ans à début pelvi-rachidien ayant abouti à d'importantes lésions rachidiennes avec manifestations articulaires rhizoméliques.

OBSERVATIONS N°12 A..... s....., 22 ans

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans admise dans le service pour spondylarthrite ankylosante.

Le début de la maladie remonte à l'âge de 16 ans marqué par des douleurs inguinales droites, de type inflammatoire, avec irradiation jusqu'aux genoux et tibio-tarsienne du même côté.

Un mois plus tard, l'épaule droite est atteinte, accompagnée de myalgies du bras droit.

Deux mois après la colonne dorsale est douloureuse avec des douleurs thoraciques inférieures et sternales ainsi que le rachis lombaire.

Antécédents :

- personnels : aucun passé pathologique notable
- familiaux : Mère traitée pour oligo arthrite inflammatoire d'étiologie non encore déterminée touchant les tibio-tarsiennes accompagnées d'une tendinite.

. Père atteint d'une spondylarthrite ankylosante.

. Soeur de 12 ans présentant un rhumatisme articulaire aïgu avec insuffisance mitrale évoluant depuis l'âge de 9 ans.

EXAMEN D'ENTREE

1 - Etat général altéré avec asthénie, anorexie et amaigrissement de 14 kg en 4 ans.

2 - La station debout et la marche sont pénibles et réveillent d'importantes douleurs.

3 - Le rachis cervical est normal.

La colonne dorso-lombaire est rigide et la pression des épineuses très douloureuse. Les mouvements d'inclinaison, de rotation latérale, la flexion et l'extension sont fortement limitées.

4 - La mobilisation des épaules est douloureuse sans limitation.

Par contre au niveau des hanches, on note à droite comme à gauche une forte limitation de la flexion, de l'extension, de l'abduction, des rotations interne et externe.

5 - L'amyotrophie et l'amaigrissement sont très importants et la perte de poids chiffrée à 14 kg.

6 - L'examen viscéral est négatif.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme montre des GR à 4.000.000/mm3. Les globules rouges sont à 9.100/mm3 et l'équilibre leucocytaire est normal P.N 73%, EO.2%, B- Baso. 0, L. 23% et monocytes 2%.

2- La vitesse de sédimentation globulaire est médérément accélérée à 33 mm à la 1ère heure, le fibrinogène à 6 g/l ; les alpha 2 11,5 g/l et les gamma globulines augmentées à 22 g/l.

3 - L'analyse immunoelectrophorétique montre un excès marqué de l'haptoglobine et des alpha 2 -M. La béta 1C est nettement augmentée de même que les I g M, les I g G et les I g A sont modérément élevées.

4 - Les réactions de Waaler Rose et du latex sont négatives et les A.S.L.O. à 100 Unités.

5 - La recherche des cellules de Hargraves est négative.

R A D I O L O G I E

1 - Il existe une sacro-iléïte bilatérale évoluée

A droite : les berges sont déminéralisées ; il persiste un vestige de l'interligne enjambé par de fines ossifications.

A gauche : l'interligne est peu concerné et les berges sacrée et iliaque d'un aspect pommelé.

2 - Le rachis dorso-lombaire en rectitude est le siège d'une atteinte interapophysaire postérieure surtout en L1-L2.

3 - Les articulations periphériques et la colonne cervicale sont indemnes.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante évoluant depuis 4 ans avec atteinte pelvirachidienne importante et atteinte articulaire rhizomélique clinique survenue chez une jeune fille de 22 ans dont le père est porteur de la même affection et dont la soeur présente une maladie de Bouillaud.

CLICHE DU BASSIN

COLONNE LOMBAIRE

Face

OBSERVATION - 12

O B S E R V A T I O N S N° 13 S..... h..... 34 ans

Il s'agit d'une femme âgée de 34 ans, mariée, mère de 3 enfants admise dans le service pour douleurs lombosacrées persistantes et thoraciques inférieures en ceinture.

Le début de l'affection remonte à une année, marqué par l'apparition simultanée de douleurs lombosacrées permanentes, irradiant par intermittences à la face postérieure des cuisses jusqu'aux genoux, et de douleurs dorsales irradiant en ceinture au niveau de D7 et D12.

Ces douleurs sont de type inflammatoire et entrainent de fréquentes insomnies.

Antécédents :

- personnel : paralysie faciale périphérique regressive
- familiaux : aucun antécédent morbide notable.

L'E X A M E N D'E N T R E E montre :

1 - Que la marche est normale.

2 - Il existe une raideur modérée du rachis dorso-lombaire, particulièrement lors des mouvements de latéralité ; les épineuses de D7 et D8 sont douloureuses à la pression. La distance doigts-sol est nulle. :

3 - Les articulations des membres sont normales

4 - L'examen viscéral est totalement négatif.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme montre 4.940.000 GR/mm3, des leucocytes à 10.300/mm3 avec polynucléaires neutrophiles à 77% éosinophiles 1% ; basophiles 1% ; lymphocytes 17% ; monocytes à 4%.

2 - La vitesse de sédimentation est normale à 4 mm à la 1ère heure. Le fibrinogène augmente à 6,60 g/l et le reste du bilan inflammatoire est normal.

3 - Les réactions de Waaler Rose et du latex sont négatives.

R A D I O L O G I E

1 - On note une sacro-iléïte bilatérale, plus marquée à gauche qu'à droite.

A droite : l'interligne est irrégulier et flou. La berge sacrée est condensée ; au sein de cette condensation, on note dans la région sous-chondrale des plages de déminéralisation.

A gauche : l'interligne est irrégulier et la condensation est plus homogène, plus intense, touchant les versants sacré et iliaque.

2 - Le reste du bilan radiographique ne montre aucune autre anomalie.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante féminine ayant débuté il y a un an par des manifestations douloureuses pelvirachidiennes et thoraciques inférieures sans atteinte périphérique ni viscérale.

BASSIN FACE

SACRO-ILIAQUES

OBSERVATION - 13 -

BASSIN 3/4

JONCTION DORSO-LOMBAIRE

OBSERVATION - 13 -

OBSERVATIONS N°14 D..... S..... 19 ans

Il s'agit d'une jeune femme de 19 ans, mère d'un enfant admise dans le service pour polyarthrite chronique évolutive.

L'histoire de la malade débute à 17 ans, marquée par l'apparition d'algies inflammatoires atteignant les épaules, les coudes, les poignets et les genoux, rapidement suivies d'une fluxion articulaire des genoux et des poignets. La malade est alors hospitalisée dans le service.

On constate une altération importante de l'état général, avec pâleur, fièvre et amaigrissement notable à 33 kg, la taille étant de 1,60 m.

L'examen montre une tuméfaction douloureuse des poignets dont les mouvements sont limités dans tous les sens.

BIOLOGIE

- VS : accélérée à 55 mm
- Anémie modérée : 3.500.000, contrastant avec la pâleur intense.
- Hyperleucocytose à 12.600.
- Fibrinogène : augmenté à 9,24 GR %0.
- Réaction de Waaler Rose, latex, la recherche de cellules de Hargraves, négatives.
- A.S.L.O. : taux normal.

La malade est traitée comme une polyarthrite chronique et sort au bout de 45 jours apparemment stabilisée, néanmoins, la VS reste élevée à 75 mm.

En juillet 1969, soit deux ans après le début de la maladie, elle est à nouveau hospitalisée en pleine poussée inflammatoire.

- L'altération de l'état général est important, la pâleur plus intense ainsi que l'amaigrissement (30 kgs).

- Les poignets, les métacarpo-phalangienne, les genoux et surtout les tibio-tarsiennes, médio-tarsiennes et les coudes sont douloureux, chauds et tuméfiés.

- Les mouvements des poignets sont limités.

- L'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit n'est plus mobile.

- L'élévation des épaules est limitée et douloureuse.

- Les médio-tarsiennes sont ankylosées. Les hanches ne présentent aucune anomalie clinique.

- Le rachis cervical est atteint et douloureux. La rotation à droite est limitée à 40°, à gauche elle est normale.

- Les mouvements d'inclinaisons latérales sont réduits de moitié et douloureux. La flexion est possible mais l'extension est presque nulle et réveille de fortes douleurs.

- Le rachis dorso-lombaire présente une raideur modérée. La distance main-sol est à 30 cm. Les mouvements de latéralité sont limités.

- Le reste de l'examen est par ailleurs normal.

R A D I O L O G I E : le bilan radiologique montre :

1 - Une sacro-iléïte bilatérale importante, avec condensation des berges sacrées et iliaques et plages de déminéralisation en son sein.

L'interligne est flou et ses contours irréguliers.

2 - Au niveau des mains : déminéralisation épiphysaire.

Les poignets sont le siège d'une carpite bilatérale, avec destruction des interlignes et présence de géode au niveau du pyramidal et du semi-lunaire.

Ankylose et désaxation au niveau de l'interphalangienne du cinquième doigt des deux mains.

3 - Les hanches et le rachis sont normaux.

En Mai 1970, troisième hospitalisation, devant l'altération de l'état général et l'aggravation de l'atteinte articulaire.

- persistance des douleurs de plus en plus intenses
- prise des genoux et des coudes qui sont limités.

Outre les atteintes antérieures, l'examen note l'apparition d'un goitre diffus non nodularisé, de volume modéré, dont l'exploration isotopique montre qu'il s'agit d'un goitre freinable par de forte doses d'extraits thyroïdiens.

Vingt jours après son entrée apparaissent des oedèmes des membres inférieurs, blancs, mous, prenant le godet et l'exploration rénal révèle alors l'existence d'un syndrome néphrotique.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme : anémie modérée à 3.700.000 GR/mm3. Leucocytes à 9.800/mm3 avec P.N. à 85%, E.O 2%, Baso. 0, L. 12% et monocytes 1%.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est très accélérée à 145/mm à la 1ère heure. Fibrinogène élevé à 9 G/l.

3 - Courbe de Waaler Rose toujours plate du fait de la négativité constante de la réaction. La recherche de cellules de Hargraves est toujours négative.

4 - L'électrophorèse montre d'importantes anomalies :

- Protidémie : fortement abaissée à 43 g 0/00

- Courbe de type néphrotique marquée avec :

. très forte hypoalbuminémie 7,80 g/0/00
. fort excès des alpha 2 = 13 g 0/00
. excès des béta : 11,6 g 0/00
. faiblesse marquée des gamma globulines à 7,40 g 0/00

5 - L'analyse immuno-immuno-électrophorétique révèle des images typiquement néphrotiques :

. chute de l'albumine
. excès de l'alpha 2 M et de l'Haptoglobine
. gros excès des béta lipoprotéïnes
. faiblesse de l'I g M.

6 - Il existe aussi une forte protidurie à 8,85 g/l dont l'étude montre un type de filtration glomérulaire non sélective : importante proportion d'I g G et d'I g A dans l'urine.

7 - L'azotémie est normale à 0,25 g/l mais le test d'Addis montre les perturbations suivantes :

. hématurie microscopique à 10.400 GR/mm3
. leucocyturie à 14.000 GB/mn, mais absence de cylindrurie.

R A D I O L O G I E

1 - Le remaniement sacro-iliaque est plus intense :

A droite, l'article évolue vers la fusion et l'interligne a presque totalement disparu au sein d'une zone fortement déminéralisée.

A gauche, la déminéralisation est importante mais l'interligne flou, irrégulier est mieux visible.

2 - La carpite est plus intense avec fusion des petits os du carpe.

La malade revient une quatrième fois en Novembre 1970, sont état général est très altéré, l'anémie importante à 3.000.000 GR/mm3, l'amyotrophie est extrême, le syndrome néphrotique présent sans altération de l'azotémie. Cependant l'hématurie microscopique persiste.

Quinze jours plus tard la malade décède dans un tableau de collapsus cardiovasculaire irréversible malgré une réam réanimation intense.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante juvénile féminine d'évolution maligne ayant entraîné la mort après trois ans d'évolution et dont le cours a vu l'apparition de manifestations viscérales :

- Goitre hyperfixiant freinable à fortes doses d'extraits thyroïdiens.

- Syndrome néphr néphrotique dans la phase terminale de l'affection.

BASSIN FACE

SACRO-ILIAQUES
(Bassin)

OBSERVATION - 1? -

MAINS (Carpite)

COLONNE CERVICALE

OBSERVATION - 14 -

O B S E R V A T I O N S N° 15 D..... h..... 30 ans

Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, mariée sans enfant admise dans le service pour spondylarthrite ankylosante.

Le début de la maladie remonte à 4 ans soit à l'âge de 26 ans marqué par une atteinte pelvirachidienne lombaire et sacrée de type inflammatoire.

Un an plus tard, les hanches sont touchées entravant modérément la marche.

Trois ans après le début des troubles s'installe une atteinte des épaules prédominant à droite.

C'est dans cet état qu'elle est admise en Janvier 1972.

E X A M E N D'E N T R E E

1 - Marche dandinante réveillant les douleurs

2 - Cyphose dorsale à grand rayon irréductible avec nette raideur vertébrale lombaire.

3 - Rachis cervical normal

4 - Coxite bilatérale avec limitation modérée de la flexion et de l'extension. et plus intense des rotations.

5 - Epaule droite limitée et douloureuse avec abduction à 40°.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme montre des GR à 4.200.000/mm3 ; des GB à 6.700/mm3 ; P.N. 70%, E.O. 0%, L. 28%, monocytes à 2%.

2 - La vitesse de sédimentation est à 12 mm à la 1ère heure.

3 - Le Waaler Rose et le Latex négatifs. Les A.S.L.O sont à 100 Unités.

R A D I O L O G I E

1 - Sacro-iléïte bilatérale au stade II avec disparition des interlignes.

2 - Rachis :

- Cervical normal
- Cyphose dorsale
- Ephiphysite vertébrale étagée avec un aspect feuilleté des plateaux vertébraux.
- Apophysite postérieure lombaire.

3 - Articulation périphérique

au niveau des hanches, il existe un pincement bilatéral des interlignes (Supéro-internes) avec à droite condensation de la tête fémorale et plages de déminéralisation avec début d'ostéophytose péricapitale.

A gauche même aspect mais d'intensité moindre.

E N R E S U M E

Spondylarthrite ankylosante féminine avec atteinte articulaire rhizomélique.et pelvi-rachidienne notable.

CLICHE du BASSIN

COLONNE DORSO-LOMBAIRE

OBSERVATION - 15 -

COLONNE LOMBAIRE

COLONNE DORSALE
(Cyphose)

OBSERVATION - 15 -

OBSERVATIONS N° 16 Mlle S..... d:.... 35 ans

Il s'agit d'une malade de 35 ans, célibataire, hospitalisée pour la 4ème fois dans le service pour spondylarthrite ankylosante.

Le début des troubles remonte à 10 ans marqué par des douleurs lombosacrées de type inflammatoire. Au cours de la même année ces douleurs gagnent tout le rachis alors qu'apparaissent une cyphose dorsale et des douleurs thoraciques inférieurs.

Dans ses antécédents, on ne note aucune affection morbide particulière.

EXAMEN D'ENTREE

Outre un état général conservé, on note :

1 - que la marche est possible, le tronc penché en avant.

2 - Le rachis présente :

a)-une cyphose dorsale importante irréductible.
-une scoliose discrète à concavité droite ; les mouvements de flexion et d'inclinaison s latérales du tronc étant conservés.

b) tous les mouvements du rachis cervical sont limités et douloureux.

c) le rachis lombaire est en rectitude.

3 - L'examen des articulations périphériques note :

a) aux membres inférieurs :
- une limitation douloureuse des mouvements des hanches avec

A gauche : abduction = 20°
adduction = 35°

A droite : abduction = 15°
adduction = 50°

Les rotations internes et externes sont également limitées et douloureuses.

- des genoux limités et douloureux dans les mouvements de rotation.

- au niveau des pieds, seule la flexion est limitée.

Le reste de l'examen ne met en évidence que l'existence d'un goitre diffus sans signes de dysfonctionnement thyroïdien.

B I O L O G I E

1 - L'hémogramme montre un taux de globules rouges à 4.400.000/mm3. Une hyperleucocytose à 12.000 GB/mm3 sans perturbation de l'équilibre leucocytaire.

2 - La vitesse de sédimentation globulaire est à 25 mm à la 1ère heure.; avec un taux de fibrinogène à 5,2 g/l.

3 - Les réactions de Waaler Rose et du Latex sont négatives.

Les autres éléments du bilan biologique ne montrent pas d'anomalies.

R A D I O L O G I E

1 - Sacro-iléïté bilatérale avec disparition des interlignes et déminéralisation parsemée de microgéodes des deux côtés = stade III.

2 - Le rachis :

- cervical est normal
- Cyphose dorsolombaire avec soudure des articulations interapophysaires postérieures.

3 - Les articulations périphériques sont indemnes.

4 - La symphyse pubienne est grignotée et ses deux berges déminéralisées.

E N R E S U M E

Il s'agit d'une spondylarthrite ankylosante féminine à début pelvirachidien évoluant depuis dix ans, avec coxite clinique et importantes déformations vertébrales.

III - C O M M E N T A I R E S -

-=-=-=-=-=- oOoOo -=-=-=-=-

E T I O L O G I E

I - FREQUENCE

L'incidence de la spondylarthrite ankylosante dans la population est estimée à 0,3 à 1 pour 2000.

Aucune étude épidémiologique n'a été réalisée en Algérie, nous nous limitons à faire part de la fréquence parmi la population de notre service.

C'est ainsi que 236 cas de Spondylarthrite ont été étudiés pendant la période 1967 à 1973 soit 5,9% de l'ensemble des malades hospitalisés pendant la même période ;

Parmi ces 236 cas les femmes sont concernées 26 fois soit 11 % et 16 d'entre elles font l'objet de notre étude.

Cette proportion de 1 femme pour 10 hommes est notée dans d'autres études comme le montre le tableau ci-dessous

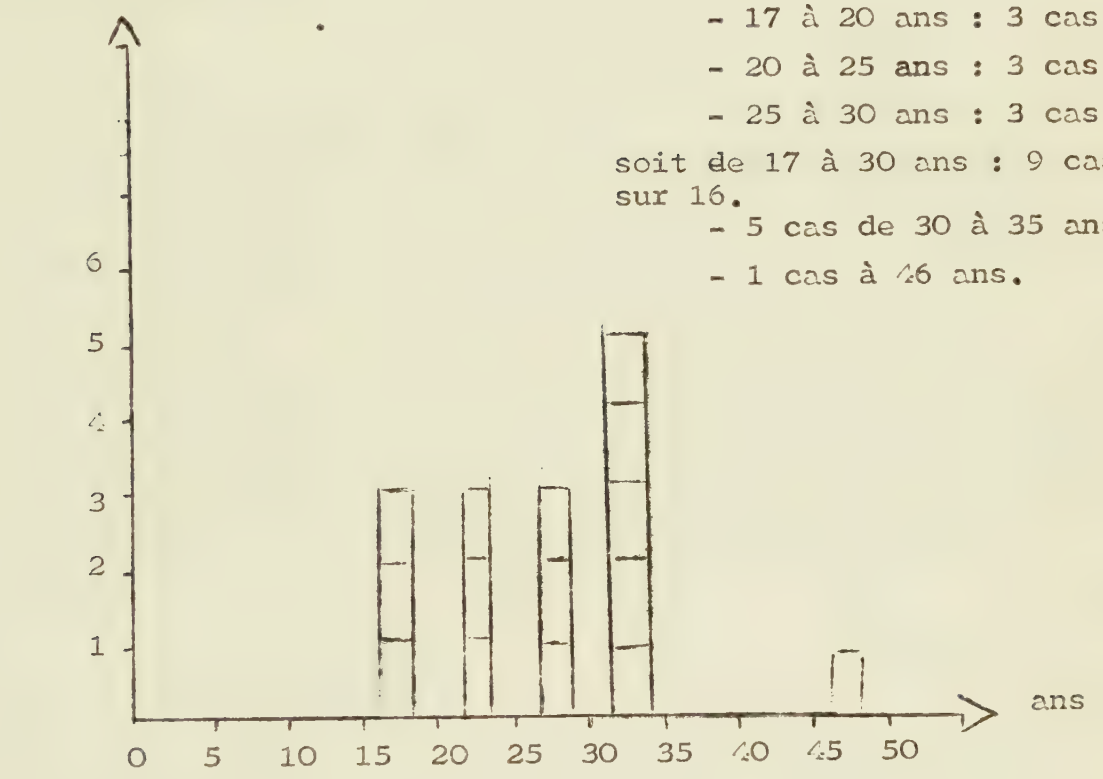
Auteurs	Forestier	Polley STOCUMB	DE SEZE	ROTES QUEROL	SVEE	LACKCHERINE	SERIE Personnelle
% cas M	82	90	92	86	91	94	89
% cas F	18	10	8	14	9	6	11

Fréquences de la Spondylarthrite féminine et masculine

II - AGE DE DEBUT

L'âge de début n'a pu être établi avec précision que dans 15 observations.

Le schéma ci-dessous en étudie la répartition



- Répartition selon l'âge de début.

1 - Les cas féminins de la spondylarthrite concernent surtout la femme jeune entre 17 et 30 ans, âge où se situe le maximum de fréquence de notre série, soit plus de la moitié des cas. (9 sur 16).

2 - Trois patiente sont âgées lors du début des troubles, de 16, 17 et 18 ans respectivement et représentent les formes juvéniles de l'affection dans une proportion de 1 sur 5, rapport qui nous paraît plus élevé que celui retrouvé dans la littérature.

3 - Cinq ont un âge compris entre 30 et 35 ans.

4 - Soit dans l'ensemble 14 cas sur 16 ayant débuté avant 35 ans confirmant les données de Polley et Slocumb qui retrouvent plus de 80% de forme débutant avant cet âge.

5 - Les formes à révélations tardives nous paraissent exceptionnelles et nous n'avons noté qu'une observation dont le début remonte à l'âge de 46 ans alors que De Sèze dans la thèse de Souillac relève 45% de formes au delà de 40 ans et dont le 1/3 sont âgéesde plus de 50 ans.

Il s'agit d'une spondylarthrite évoluée avec atteinte pelvi-rachidienne massive et localisations articulaires périphériques semblant infirmer l'opinion de M.P. WEIL et LICHERE qui décrivent à ces formes tardives une symptomatologie fruste qui rendrait le diagnostic moins précoce.

III - FACTEUR GENETIQUE

Depuis les travaux de COSTE & WERBERG constatant que les restes de COSME l'ancien et de son fils dit le "GOUTEUX" témoignaient d'authentiques spondylarthrites, les cas familiaux ont été signalés par de nombreux auteurs, mettant ainsi l'accent sur l'existence d'un facteur génétique qui serait plus important chez la femme spondylarthritique. L'enquête réalisée par DANIEL O'CONNELL, portant sur l'étude de 428 parents frères et soeurs de 70 patients affligés de spondylarthrite, a montré que le rapport de l'atteinte familiale et de 1 pour 28 pour les cas masculins et qu'il s'élève à 1 pour 9 lorsqu'il s'agit de cas féminins.

Dans notre série, deux patientes ont des antécédents de spondylarthrite soit un rapport de 1 pour 8 identique à celui retrouvé par O'CONNELL soulignant ainsi l'importance du facteur génétique chez la femme.

La première observation (N°8) concerne une femme âgée de 39 ans, mère de 4 fils dont l'un âgé de 19 ans est atteint d'une spondylarthrite ankylosante évoluée et les trois autres de cécité congénitale.

La seconde (N°13) constitue un exemple de maladie rhumatismale familiale. Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans présentant une forme juvénile invalidante dont le père est spondylarthritique ; la mère présente une oligo-arthrite chronique des membres inférieurs d'étiologie non déterminée, la soeur âgée de 12 ans est atteinte d'un R.A.A. avec insuffisance mitrale.

Une enquête génétique à partir de cette observation privilégiée a permis de retrouver :

a) La notion de mariage consanguin dans plusieurs générations et chez les parents de la patiente.

b) La transmission de la maladie de père en fils dans deux générations successives.

IV - FACTEUR GEOGRAPHIQUE

La fréquence particulièrement élevée de la spondylarthrite ankylosante en Algérie et en Afrique du Nord comme l'ont déjà soulignés les travaux de COSTE, DELBARRE, LOUYOT et du service de rhumatologie d'Alger constitue un facteur géographique non négligeable dans l'étude de cette affection.

V - INFLUENCES DIVERSES

Aucun antécédent - génito-urinaire
- digestif
- oculaire
- ou cutané

n'ont été retrouvés chez nos 16 malades.

Mais il faut souligner l'apparition dans deux cas d'un goitre nodulaire avide d'iode freinable par les extraits thyroïdiens à fortes doses, dès le début de la maladie dans le premier et au cours de la deuxième année d'évolution dans le second.

AGE DE DECOUVERTE DE LA MALADIE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
AGE DE DECOUVERTE	39	20	43	30	51	33	39	34	40	38	40	23	34	19	30	34
AGE DE DEBUT APPARENT		16	32	23	46	30	33	32	28	23	25	18	33	17	26	26
EVOLUTION		4	11	7	5	3	6	2	12	15	15	4	1	2	4	10

DIAGNOSTIC			
	AC.PRECOCE	0 - 3 ans	3 cas
	TARDIF	4 - 10 ans	7 cas
	TRES TARDIF	10 - 15 ans	4 cas

Maximum d'évolution = 15 ans

Minimum d'évolution = 1 ans

TABLEAU - 1 -

M O D E S DE D E B U T

I - Tout comme chez l'homme, les premiers signes de la pelvispondylite féminine sont nettement dominés par l'atteinte pelvirachidienne retrouvée 14 fois sur 16.

L'atteinte pelvirachidienne pure en représente à l'ecrasante majorité soit 12 cas sur 14 et constitue le mode de début le plus fréquent. Dans deux autres observations (4, 12) elle est associée à des manifestations articulaires périphériques constituant un début mixte. Ces faits ne confirment pas ceux de De Sèze qui notent 21 débuts pelvirachidiens sur 40 seulement, soit 50%.

II - L'atteinte articulaire périphérique n'a ouvert la scène clinique que dans quatre de nos observations soit le quart des cas, mettant en relief le caractère peu fréquent de ces atteintes, encore faut-il souligner que sur les quatre patientes présentant des localisations articulaires périphériques initiales deux ont présenté simultanément des signes pelvirachidiens.
Le tableau n° 2 résume ces données.

Modes de début	Nbre de malades	N°Observation	%
Pelvirachidien pur	12/16	1,2,3,5,6,8, 9,10,11,15,16	75%
Manifestations articulaires périphériques isolées	2/16	7, 14	1 pour 8
Début mixte pelvirachidien + articulaire périphérique	2/16	4, 12	1 pour 8
T O T A L	16	16	

TABLEAU - 2 -

III - L'étude analytique de ces manifestations est réalisée dans le tableau n° 3 qui permet de dégager les notions suivantes :

1) parmi les manifestations pelvirachidiennes :

a) les lombalgies sont les plus fréquentes (13 fois sur 16) elles sont toujours de type inflammmatoire avec une recrudescence nocturne constante. Elles sont rarement isolées (2 fois sur 13) et sont souvent associées à une autre localisation :

- rachidiennes dorsales 4 fois (Obs. 2,3,10 et 12)
- rachidiennes cervicales 3 fois (Obs. 3,9,10)
- sacrées : 4 fois (Obs. 4,11,15 et 16)
- fessières supérieures 2 fois (Obs. 4 & 6)
- douleurs radiculaires dorsales 1 fois (Obs. 13)

Les irradiations sont rares et ne sont notées que dans 4 cas sur 13 :

- le long de la face postérieure des membres inférieurs jusqu'aux talons (Obs. 5)

- irradiations crurales postérieures jusqu'aux genoux (Obs. 6,8 et 9)

b) Les atteintes du rachis dorsal et cervical sont rares (1/4 des cas) et ne constituent jamais un symptôme isolé. Elles font parties d'une atteinte globale du rachis (Obs. 3 & 10) soit qu'elles sont associées à une atteinte lombaire. Dans l'observation 9, il existe une névralgie cervico-brachiale de type C5.

c) Les douleurs sacrées représentent 1/4 des cas soit 4 cas sur 16 Obs. 4,11,15 & 16. et font toujours parties d'un tableau d'atteinte lombosacrée de type inflammatoire tenace.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	155	16
Cervical			+						+	+						
Dorsal		+	+							+		+				
Lombaire	+	+	+	+	+			+	+	+	+.	+	+		+	+
Sacré				+						+					+	+
Fessières Supérieures				+		+										
Irradiation Membres					Talons	Genoux		Cruralgies	N.C.B+ crurales							
Douleurs Radicul.				+							+				+	+

MODES DE DEBUT

de la Spondylarthrite ankylosante féminine.

N.C.B. = névralgie cervico-brachiale

TABLEAU - 3 -

d) Les douleurs fessières supérieures inflammatoires que l'on peut rapporter à une atteinte sacro-iliaque sont rares. Elles ont constitué dans l'une de nos observations le seul signe clinique de début pendant une période de 2 ans.(Obs. 6).

Dans l'autre observation elles sont associées à des douleurs lombo-sacrées du même type (obs. 4).

e) Les douleurs radiculaires sont exceptionnelles en phase de début et n'ont été rencontrées qu'une seule fois. Il s'agit de douleurs dorsales en ceinture siègeant au niveau de D7-D12, d'horaire inflammatoire, tenaces continues. (obs. 13). Cette constatation semble concorder avec celle de la thèse de SOUILLAC, qui les retrouve dans 25 % des cas.

2) les manifestations articulaires périphériques constituent le mode de début le plus rare. (1/4 des cas) et ne sont isolées que dans la moitié des cas (obs 7. & 14)

a) dans les observations 4 & 12 elles réalisent avec les manifestations pelvirachidiennes présentes un mode de début mixte et revètent l'aspect d'une oligoarthrite touchant les genoux dans l'observation 4, la hanche et l'épaule droites dans l'observation 12.

b) Il est remarquable de noter que dans deux autres observations elles sont plus intenses dominant totalement le tableau clinique, et ont pris le masque d'une polyarthrite chronique inflammatoire séronégative touchant les grosses et les petites articulations des membres. Elles ont fait ainsi errer le diagnostic pendant de longues périodes et n'ont jamais répondu convenablement à la corticothérapie.

La découverte d'une atteinte sacro-iliaque massive a permi de redresser l'erreur (tableau 4)

3) De l'étude de cette phase initiale de la spondylarthrite il faut souligner :

a) l'absence de début monoarticulaire isolé ou associé.

b) la rareté de la coxite, alors qu'elle est plus fréquente chez l'homme et qui n'est présente que dans un tableau polyarticulaire.

c) le caractère trompeur des manifestations articulaires périphériques lorsqu'elles réalisent un tableau de polyarthrite.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Polyarthrite-aiguë							+							+		
mono ou oligo arthrite				+								+				
début pelvi rachidien	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+		+	+
Epaules D							+							+		
Epaules G							+							+		
Coudes D							+							+		
Coudes G							+							+		
Poignets D							+							+		
Poignets G							+							+		
Métacarp. ph. D							+									
Métacarp. ph. G							+									
Inter-phal. D							+									
Inter-phal. G							+									
Hanches D												+				
Hanches G																
Genoux D							+							+		
Genoux G							+							+		
Chevilles D							+									
Chevilles G							+									
Tarso-métatars. D							+									
Tarso-métatars. G							+									
Métat-phalan-giennes D							+									
Métat-phalan-giennes G							+									
Inter-phalan-giennes D							+									
Inter-phalan-giennes G							+									

MODE DE DEBUT

de la Spondylarthrite ankylosante féminine

TABLEAU - 4 -

PERIODE D'ETAT OU PHASE DE PLEINE EVOLUTION

1) En période d'état, les manifestations rachidiennes sont constantes et touchent les trois segments du rachis avec une fréquence prépondérante pour le rachis dorso-lombaire tant sur le plan clinique que radiologique (14 cas sur 16).

Cependant, la colonne cervicale est concernée dans 11 cas sur 16 dont 8 présentent une traduction radiologique patente.

2) L'atteinte sacro-iliaque bilatérale a été exigée sur le plan diagnostique, elle n'a que rarement une traduction clinique.

3) Les manifestations articulaires périphériques, rares au début, sont devenues très fréquentes, retrouvées dans 13 cas sur 16.

L'atteinte de la hanche y est la plus fréquente (10 fois sur 16) et se traduit 1 fois sur 2 par des lésions radiologiques. Elle est suivie par l'atteinte de l'épaule notée 9 fois sur 16 et du genou qui est deux fois plus rare.

Il faut souligner que la date d'apparition des localisations articulaires précisées dans dix observations nous a permi de constater que 7 fois sur 10 cette atteinte est précoce au cours de la première année d'évolution. Dans l'observation n°6 elle s'est installée après la deuxième année alors qu'elle a été tardive (après la dixième année) dans l'observation n° 10.

Voir TABLEAU - 5 -

	ATTEINTES CLINIQUES	ATTEINTES RADIOLOGIQUES
Rachis-global	16	
Cervical	11	8
Dorsal	14	13
Lombaire	14	12
Manifestations artic.Périph.	13	6
Epaules	9	1
Coudes	2	0
Poignets	3	1
Mains	2	1
Hanches	10	5
Genoux	5	1
Chevilles	3	0
Pieds	2	1

Répartition des manifestations rachidiennes et articulaires périphériques en période d'état.

TABLEAU - 5 -

A - ETUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DU RACHIS.

I - Le Rachis Cervical (tableau n°6)

a) L'atteinte du rachis cervical rare en période de début et fréquente en période d'état,; rencontrée 11 fois sur 16 et s'accompagne d'important remaniement radiographique.

b) La douleur pratiquement constante de type inflammatoire est notée 9 fois sur 11. Elle n'irradie presque jamais sauf dans l'observation 9 où il existe une névralgie cervico-brachiale intermitante depuis la période de début de la maladie. L'élément douleur a manqué dans lès observations 2 & 3, pouvant être expliquée par une mobilité nulle de la colonne cervicale.

c) Les mouvements du rachis cervical sont limités dans la quasi totalité des cas (9 sur 11) comme l'indique le tableau n°6. Chez 2/3 des patientes, la limitation est sévère et globale aboutissant à une rigidité complète.

d) Sur le plan radiologique, huit malades présentent des anomalies et nous n'en avons retenu que les plus patentes (tableau n°7).

1 - Les modifications de la courbure consistent en une accentuation de la lordose cervicale physiologique (obs. 2& 16) et une rectitude dans les obs. 1,4 & 9.

2 - Les érosions des apophyses unciformes sont rares, notées trois fois et siègent surtout au niveau de C6-C7.

Etude Clinique du Rachis Cervical

Phase d'Etat

O = mouvement nul

\+ = atteint

± = atteinte modérée

OBS	Flexion	Rot.int.	inclin. latérale	Extension	Modif.de la courbure	Raideur	Rigidité	Douleur	Limitation mouvement
1					+				
2					+				
3	O	O	O	O			+		+
4	O	+	O	O			+	+	+
5									
6	±	±	O	O	+		+	+	+
7	+	+	+	+				+	+
8									
9	+	+	+	+				+	+
10	+	+	+	+		+		+	+
11	O	O	O	O			+	+	+
12									
13									
14		+	+	O			+	+	+
15									
16	+	+	+	+	+	+		+	+

TABLEAU - 6 -

N°OBS	Traduction Radiologique
1	- Erosion apophyse unciforme de C6 - Effacement de la lordose
2	- Hyperlordose - Remaniement intérapophysaire postérieur C4-C5
3	- Erosion apophyses unciformes C5-C6-C7
4	- Rectitude - érosion des apophyses unciformes de C6- - Pincement Atlo-Axoïdien, -Bloc.C2-C3
5	
6	
7	Soudure intérapophysaire postérieure C2-C5 (Bloc) Pont osseux : C6-C7
8	
9	- Déminéralisation - Bloc C2-à C7- mise au carré - C4 à C5 - retrécissement trous de C5àC7 de conjugaison
10	- Erosion apophyses unciformes C6-C7
11	- Ponts osseux antérieurs C2-C3, C4-C5, Bloc C2-C3
12	
13	
14	
15	
16	- Hyperlordose

Etude radiologique du rachis cervical

TABLEAU - 7 -

3 - L'atteinte articulaire interapophysaire postérieure est fréquente ; retrouvée 5 fois sur 8, elle a abouti dans 4 cas à un bloc interapophysaire postérieur dont le siège d'élection est C2-C3 et qui s'étend de C2 à C5 dans l'observation 7. et de C2 à C7 avec retrecissement des trous de conjugaisons dans l'observation 9. Il semble que l'atteinte apophysaire postérieure soit importante et aboutisse fréquement à la constitution d'un bloc apophysaire postérieur d'autant plus important que l'évolution est longue ; en effet, ces lésions sont notées après 10 ans d'évolution en moyenne. (obs. 4,6,9 & 12).

II - Rachis Dorsal (tableau n° 8)

1 - Présente dans 1/4 de nos observations en période de début, l'atteinte du rachis dorsal se généralise et touche en phase d'état 14 patientes sur 16, devenant aussi fréquente que celle du rachis lombaire à laquelle elle est associée pratiquement dans tous les cas (13 fois sur 14).

2 - La douleur de type inflammatoire n'a fait défaut que dans 4 cas seulement ; elle est souvent tenace et évolue par poussées sur un fond douloureux permanent.

3 - Les modifications de la courbure du rachis se font dans la totalité des cas vers l'exagération de la cyphose dorsale qui est notée dans 11 cas, irréductible dans 7 d'entre eux.

4 - Les mouvements de la colonne dorsale sont sévèrement limités chez 9 patientes, aboutissant à une rigidité complète ; dans l'observation 7, malgré la douleur et l'existance d"une cyphose dorsale débutante, les mouvements du rachis sont normaux.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Rachis Dorsal	Douleur		+	+		+	+	+		+	+		+	+			+
	Raideur	+	+		+	L	+							+			+
	Flexion					L	O					L	L			L	
	Extension					L	O					L	L			L	
	Rotations					L	O					L	L			L	O
	Inclinaisons					L	O					L	L	±		L2	O
	Cyphose	+	+	+		+	+	+		+	+	+				+	+
D.L	Rigidité	+	+		+	+	+				+		+	+			+
Rachis lombaire	Douleur	+	+	+	+	+			+		+	+	+	+		+	+
	Raideur		+	+	+		+		+			+		+		+	+
	Flexion	L		L	L	L	O		L		L	L	L				
	Extension					L	O		L		L	L	L				
	Rotation					L	O				L	L	L				O
	inclinaison latérale					L	O		L		L	L	L				O
	Rectitude	+					+				+	+					
	Cyphose								±	+							+

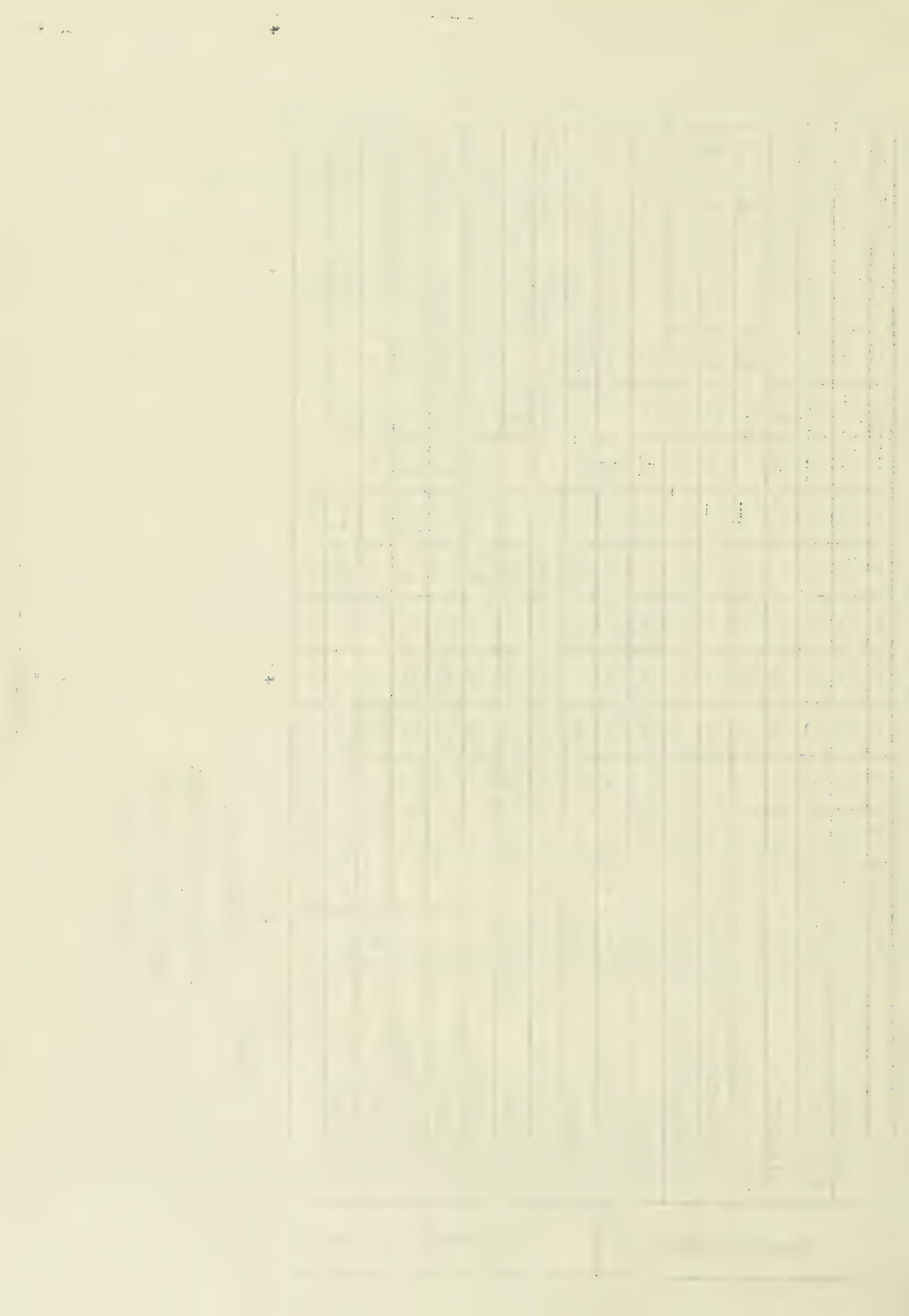
Légende : L = Limitation

O = mouvement nul

case vide = normal

± = modéré (e)

TABLEAU - 8 -



5 - Dans le tableau n°9, l'analyse radiologique a permi de noter outre les modifications de la courbure rachidienne déjà constatées cliniquement, l'existance d'une atteinte interpophysaire postérieure dans la moitié des cas (7 sur 14) qui a abouti 4 fois sur 7 à une soudure articulaire complète.

Il faut souligner que dans 3 observations (1,11,15) une épiphysite vertébrale est retrouvée sous la forme d'un aspect feuilleté des plateaux vertébraux et que les syndesmophytes bien que fort raresà ce niveau sont retrouvées dans 2 cas - obs. 4 entre D11-D12 (localisation habituelle)
- obs. 11 étagés entre D3 & DI2

III - Rachis Lombaire (tableau 8)

1 - Localisation topographique la plus fréquente tant en phase de début qu'en phase d'état, l'atteinte du rachis lombaire se traduit par des douleurs inflammatoires dans 12 cas sur 14 avec irradiation crurale postérieure dans 5 d'entre eux.

2 - Une cyphose lombaire est notée 3 fois, isolée dans l'observation 8, associée à une cyphose dorsale dans les obs. 9 & 16.

3 - Une limitation sévère du mouvement du rachis lombaire a été rencontrée dans 13 cas et a abouti à une rigidité totale dans 3/4 d'entre eux.

4 - L'étude radiologique (tableau 9) a montré l'existance d'importantes anomalies dont le bilan s'établit comme suit :
- rectitude lombaire = 2 (obs. 6 & 12)
- cyphose lombaire = 3 (obs. 9 & 16)

	OBSERVATIONS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
RACHIS CERVICAL	Perte de la courbure	+			+												
	Plateaux vertéb.																
		+		+	+						+						
	atteinte inter-ap.postérieure		+					+				+					
	Bloc-vert.apoph. postérieur				+					+	+	+					
	Syndesmophyte							+			+	+					
RACHIS DORSAL	Cyphose	+	+	+			+	+		+		+				+	
	Rectitude												+			+	
	A.apoph.post.			+		+	+		+		+		+			+	
	Syndesmophyte				+							+					
	Squarring																
	Epiphysite	+										+				+	
	Rectitude						+						+				
RACHIS LOMBAIRE	Cyphose								+	+							+
	atteinte interap. postérieure	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+			+	+
	Syndesmophyte			+	+	+		+	+		+						
	Ossif.para.vert.P.										+						
	Ossif.para-vert.A.																
	Squarring																
	Epiphysite			+								+					

Manifestations Radilogiques Rachidiennes de la
Spondylarthrite ankylosante féminine

TABLEAU - 9 -

- syndesmophytes = 6 (obs.3,4,5,7,8 & 10)
- atteinte interapophysaire postérieure = 13 (obs. 1,2,3,4,5,6,7, 8,9,10,12,15 & 16)
- épiphysite vertébrale = 2 (obs. 4 & 12)
- squarring = 1 (obs. 16)
- calcifications discales = 1 (obs.10)
- ossification ligt.iliolombaire = 2 (obs.7 & 12)

Ce qui permet de souligner la fréquence non négligeable des syndesmophytes et surtout l'atteinte interapophysaire postérieure présente 13 fois sur 14 et qui a abouti dans plus de la moitié des cas (7 fois sur 13) à une soudure totale étagée. Dans les autres cas, il s'agit de remaniements importants des berges articulaires qui sont irrégulières et densifiées, confirmant les données classiques qui accordent à la spondylarthrite une atteinte prépondérante des arcs postérieures.

La déminéralisation vertébrale est rare de même que les modifications de la forme des corps vertébraux et nous n'avons retrouvé qu'une seule fois le squarring, ou la mise au carré de la vertèbre décrit par LYNN (obs.16).

Il est remarquable de noter que des calcifications discales revêtant un aspect feuilleté horizontal, étagé ont été retrouvés dans l'observation 10.au rachis dorsolombaire sans aucune anomalie du bilan phosphocalcique.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
RACHIS CERVICAL	C	+	+	+	+		+	+		+	+	+			+			10
	R	+	+	+	+			+		+	+	+						8
RACHIS DORSAL	C	+	+	+	+	+	+			+	+		+	+			+	11
	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			+		13
RACHIS LOMBAIRE	C	+	+	+	+	+		+		+	+	+	+	+	+	+	+	14
	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			+		13
SACRO ILIAQUES	C				+	+	+			+		+		+		+	+	8
	R	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	16
OSSIFICATION PARA-VERT ANT.		+																1
OSSIFICATION PARA-VERT POST.											+							1
SYNDESMOPHYTES				+	+	+		+	+		+	+						7
SQUARRING (mise au carré)																		0
EPIPHYSITE VERTEBRALE		+		+								+	+					5

PRINCIPALES MANIFESTATIONS RADIO-CLINIQUES AU NIVEAU DU RACHIS

TABLEAU 10

B - ETUDE DE LA SACRO-ILIAQUE (tableau 11)

L'atteinte sacro-iliaque mettre signe de la maladie a été exigé chaque fois pour établir le diagnostic. Elle est constante dans toutes nos observations et se traduit sur le plan clinique, 9 fois sur 16 par des douleurs inflammatoires, tenaces, retrouvées en période d'état, tantôt lombosacrées, tantôt fessières supérieures. Ces douleurs ont une irradiation crurale postérieure dans 4 observations.

La douleur a cependant, fait défaut dans près de la moitié des cas, alors que les lésions sacro-iliaques, radiologiques sont massives mettant en relief le classique contraste radio-clinique.

Les modifications radiologiques des articulations sacro-iliaques sont étudiées dans le tableau n° 11, ce qui permet de noter que les lésions sacro-iliaques sont massives dans 15 cas sur 16 et ont abouti à une fusion articulaire chez dix patientes,; bilatérale 8 fois.Il faut souligner dans toutes les observations que le remaniement touche les berges sacrées et iliaques et que la condensation est plus fréquente (10 fois) que la déminéralisation simple retrouvée six fois, alors que la déminéralisation géodique n'est observée que dans trois observations. (13,15 & 16).

La date du premier cliché par rapport au début apparant de la maladie permet de constater que 4 fusions sacro-iliaque sont observées, après 10 à 15 ans d'évolution (obs.9,10,11,16). alors que 4 autres sont trouvées après 2 à 3 ans d'évolution seulement (6 ,8,14).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Remaniement Berge iliaque	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Remaniement berge sacrée	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Condensation	+	+	+	+	+	+							+		+	
Déminéralisation simple		+		+		+						+		+		+
D. Géodique													+		+	+
Atteinte mixte (Cond. + Demin.)		+					+					+			+	
Interligne flon	+	+				+	+					+	+	+		
Irrégulier	+			+		+	+						+	+		
Elargi																
Effacé (tendance à la soudure)			+		+	+		+	+	+	+			+	+	+
Date du 1er cliché par rapport au début de la Spondylarthrite ankylisante		4	2	7	5	3	6	2	12	15	15	4	1	2	4	10
Stade			III	II	III	III		III	III	III	III				II	III

ASPECTS RADIOLOGIQUES DE LA SACRO-ILIAQUE AU COURS DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLISANTE FEMININE.

TABLEAU 11

Le tableau récapitulatif n° 10 permet de souligner l'atteinte massive du rachis en particulier aux niveaux lombaire et cervical où l'on observe des anomalies radiologiques importantes, et de mettre en relief la fréquence intérapophysaire postérieure et de l'ossification paravertébrale, données classiquement retrouvées dans la littérature.

C - MANIFESTATIONS ARTICULAIRES PERIPHERIQUES ETUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE

Les manifestations articulaires périphériques rares au début de la maladie se généralisent à la période d'état. Il faut souligner leur précocité ; apparaissant au cours de la première année d'évolution dans la plupart des cas.

La coxite est la localisation elective semble être de fréquence égale chez la femme et chez l'homme.

L'épaule vient au second rang alors que le genou est deux fois moins concerné.

L'étude des localisations topographiques montre une nette prédominante des formes dites rhizoméliques 10 cas sur 13. confirmant la dénomination de spondylose rhizomélique que Pierre-Marie donne à l'affection. Cette forme topographique est retrouvée dans 1/3 des cas observés par De Sèze.

Dans notre série, il s'agit :

- d'une coxite bilatérale isolée dans 4 observations (1,6,9 & 16)
- d'une monoarthrite de l'épaule dans les (obs.2 & 5)
- d'une localisation mixte touchant les hanches et les épaules dans 4 cas (obs. 10,11,12 & 15) atteinte bilatérale 3 fois.

Parmi les 4 patientes restantes, on dénombre 2 cas où l'atteinte articulaire périphérique a pris le masque d'une polyarthrite chronique séro-négative, dont l'une comporte une carpite typique rendant le diagnostic difficile, fait signaler par les auteurs scandinaves.; et 2 autres comportant une atteinte polyarticulaire associant dans l'observation 4 une coxite bilatérale à des gonalgies inflammatoires.

Dans l'observation 3, on note une atteinte des épaules, coudes, et poignets aux membres inférieurs, et une atteinte des genoux et des chevilles aux membres inférieurs.

Le tableau suivant résume ces données :

	Série personnelle	Série de De Sèze
Epaule	9 cas	11 cas
Coudes	2 "	2 "
Poignets	3 "	4 "
Mains	2 "	3 "
Hanches	10 "	11 "
Genoux	5 "	7 "
Chevilles	3 "	3 "
Pieds	2 "	- -
Synph.Pubienne	3 "	2 cas
T O T A L	16 malades	40 malades

Répartition des atteintes périphériques
à la période d'état

TABLEAU - 12 -

ETUDE ANALYTIQUE DES LOCALISATIONS ARTICULAIRES PERIPHERIQUES

(Tableau -13,14 & 15)

I - MEMBRES SUPERIEURS

a) Epaules

L'atteinte de l'épaule exceptionnelle en phase de début où elle n'était présente que dans l'observation 12 et touche 2/3 des patientes en période d'état soit 9 cas sur 16.

Cette localisation est bilatérale dans 2/3 des cas (6 fois sur 9) et monoarticulaire dans 3 autres obs. (2,5 & 10). La douleur est constante, de type inflammatoire et s'accompagne d'une limitation axiale des mouvements dans la quasi totalité des cas (6 fois sur 9).

Sur le plan radiologique, les lésions y sont exceptionnelles et n'ont été notées que dans une forme évoluant depuis 7 ans. et où elles réalisent un aplatissement de la tête humérale qui est déminéralisée avec une ostéophytose péricapitale et de la partie inférieure de la glène.

b) Coudes

La localisation aux coudes est rare et n'a été retrouvée que dans 2 observations (3 & 14), il s'agit d'une atteinte bilatérale dans le cadre de manifestations polyarticulaires qui s'est traduite par des douleurs inflammatoires et une limitation de la flexion dans l'observation 14.

Aucune anomalie radiologique n'a été retrouvée à ce niveau.

c) Poignets

Trois cas sur treize (obs. 3,7,14).

L'atteinte des poignets est très rare et n'a fait partie que des formes polyarticulaires, dont 2 ont revêtu l'aspect d'une polyarthrite chronique séro-négative égarant le diag-

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Total
EPAULES	D			+		+		+			+	+	+		+	+		9
	G		+	+				+				+	+		+	+		
COUDES	D			+											+			2
	G			+											+			
POIGNETS	D			+				+							+			3
	G							+										
MAINS	D							+							+			2
	G							+							+			
HANCHES	D	+			+		+	+		+	+	+	+			+	+	10
	G	+			+		+	+		+	+	+	+			+	+	
GENOUX	D			+	+			+		+					+			5
	G			+	+			+							+			
CHEVILLES	D			+				+							+			3
	G			+				+							+			
PIEDS	D							+							+			2
	G							+							+			

PHASE D'ETAT
(Etude clinique)

LOCALISATION ARTICULAIRES PERIPHERIQUES

TABLEAU - 13 -

c) Poignets : 3 cas sur 13 (obs.3,7 & 14)

L'atteinte des poignets est très rare et n'a fait partie que des formes polyarthrité, dont 2 ont revêtu l'aspect d'une polyarthrite chronique séro-négative égarant le diagnostic. Dans tous ces cas, l'atteinte clinique du poignet est tout à fait superposable à celle que l'on observe au cours de la polyarthrite chronique évolutive avec douleur inflammatoire, tuméfaction et limitation notable de mouvements de flexion et extension.
L'analyse radiologique a mis en évidence l'existance dans l'observation 14 d'une carpite bilatérale typique.

d) Mains : (2 cas sur 13)

L'atteinte des mains a fait partie des observations 7 & 14 signalées plus haut. Sur le plan radiologique on retrouve dans l'une d'entre elles (14) une ankylose et désaxation de l'interphalangienne du 5ème doigt des deux mains.

II - MEMBRES INFERIEURS

a) Hanches : les auteurs européens considèrent qu'une femme spondylarthritique a trois fois plus de chance de voire se réaliser une coxite. Il semble en fait, tout du moins dans notre pays, que la fréquence de la coxite est identique dans les deux sexes. On l'a retrouve dans notre série 10 fois sur 16 avec une traduction radiologique dans la moitié des cas soit une proportion de 1 pour 3, rapport identique à celui retrouvé par KHELLAF en 1972.
Sur le plan clinique, la douleur est constante, elle s'accompagne dans tous les cas d'une limitation des mouvements touchant en premier la flexion bientôt suivie par l'extension et les rotations. Aucune ankylose articulaire n'a été retrouvée.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
EPAULES	D			+													
	G																
COUDES	D																
	G																
POIGNETS	D														+		
	G														+		
MAINS	D														+		
	G														+		
HANCHES	D				+		+			+	+					+	
	G						+			+	+					+	
GENOUX	D				+												
	G				+												
CHEVILLES	D																
	G																
PIEDS	D																
	G																

PHASE D'ETAT
(Etude Radiologique)

LOCALISATIONS ARTICULAIRES PERIPHERIQUES

TABLEAU - 14 -

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
EPAULES	C			+		+		+			+	+	+		+	+	
	R				+												
COUDES	C			+											+		
	R																
POIGNETS	C			+				+							+		
	R														+		
MAINS	C							+							+		
	R														+		
HANCHES	C	+			+		+	+		+	+	+	+			+	+
	R				+												
GENOUX	C			+	+			+		+					+		
	R				+												
CHEVILLES	C			+		+		+							+		
	R																
PIEDS	C							+									
	R																

C = clinique

R = radiologique.

TABLEAU RECAPITULATIF

ATTEINTES ARTICULAIRES PERIPHERIQUES

Il est remarquable de noter que dans tous les cas, l'atteinte de la hanche est bilatérale et qu'elle ne se traduit radiologiquement que chez 5 patientes seulements. (obs. 4,6,9,10,15).

Les lésions radiographiques observées sont les suivantes :

Coxite - densifiantes = 1 cas	obs.10
" - déminéralisantes = 1 cas	" 4
" - mixtes = 3 cas	" 6,9,15
" - synostosante = 0	
" - à minima = 0	
ostéophytose = 3 cas	" 9,10,15

Cette atteinte bilatérale des hanches constitue un important handicap pour les malades et la marche est rendue difficile et pénible dans tous les cas. Cependant, il faut souligner qu'aucune ankylose articulaire totale n'a été relevée, bien que ces coxites sont notées au cours de forme évoluant en moyenne depuis 8 ans.

b) Le Genou : la localisation genou est deux fois plus rare que celle de l'épaule ou de la hanche et a été retrouvée dans 1/3 des cas (5 fois sur 16) elle se traduit uniquement par des douleurs inflammatoires entravant la marche et ne s'est jamais accompagnée d'hydarthrose.
La limitation des mouvements est retrouvée dans 2 cas sur 5 (obs. 7 & 14) bilatérale chaque fois. Sur le plan radiologique, l'atteinte n'a donné lieu à des modifications que dans l'observation 4, consistant en une déminéralisation globale des épiphyses, avec pincement de l'interligne articulaire au niveau du plateau interne qui est éversé réalisant un "liping".

c) Chevilles :

Les chevilles sont rarement atteintes en période d'état (3 fois sur 16). Il s'agit d'une localisation bilatérale, traduite par des douleurs inflammatoires et une tuméfaction locale, sans limitation notable du jeux articulaire. Aucune anomalie radiologique n'a été retrouvée.

d) Pieds :

N'ont été concerné cliniquement que dans les observations 7 & 14 au cours de formes polyarticulaires. Leur atteinte a abouti à une limitation importante de l'articulation médiotarsienne dans l'observation 14 et une ossification du ligament astragalo calcanéen dans l'observation 7.

III - AUTRES ARTICULATIONS

Aucune atteinte temporo-maxillaire n'a été notée alors que De Sèze lá signale dans un cas de sa série.

Par contre, d'importants remaniements de la symphyse pubienne ont été retrouvés (3 fois sur 16) et sont constitués par

- un aspect condensé des deux versants
- des contours grignotés
- et dans un cas par une discrète calcification du fibrocartilage.

confirmant les données de la littérature qui mentionnent cette localisation.

D - MANIFESTATIONS EXTRA-ARTICULAIRES ET ASSOCIEES

(Voire tableau 16)

1 - Elles sont très rares dans notre série et il faut souligner l'absence d'atteintes :

- oculaire
- digestive
- cutanée

ou Hématopoeïtique.

2 - L'atteinte cardiaque au cours de la spondylarthrite est exceptionnelle et réalise classiquement une insuffisance aortique. Il est remarquable de noter que de l'une de nos patiente a présenté une insuffisance mitrale bien tolérée avec une hypertrophie auriculaire gauche radiologique et électrique (obs. 15) alors que dans l'observation 7, on retrouve un souffle systolique de pointe irradiant peu d'intensité 1/6 sans aucune anomalie radiologique ou electrocardiographique.

3 - Dans deux autres observations nous avons noté le developpement au cours de l'évolution d'un goitre nodulaire avide d'iode, freinable par de fortes doses d'extraits thyroïdiens de synthèse (obs. 14 & 16).

4 - Dans l'observation 13, une paralysie faciale périphérique a précédé de 3 ans le début de la spondylarthrite et semble n'être qu'un antécédent banale sans relation avec l'affection en cours.

E - BIOLOGIE

Les perturbations biologiques n'apportent aucun élément de spécificité et sont dominées par les éléments du bilan inflammatoire et la négativité habituelle des réactions sérologiques rhumatismales.

I - L'HEMOGRAMME

a) globules rouges : on note une numération globulaire normale chez 5 patientes, par contre 11 autres présentent une anémie normochrome discrète dans dix cas inférieurs à 4.000.000 de GR/mm3, plus intense dans l'observation 4 (2.900.000 GR/mm3).

b) le nombre des globules blancs est peu perturbé de même que l'équilibre leucocytaire, on relève, en effet

- 2 hyperleucocytoses modérées (obs. 13 & 16)
- 1 leucopénie (obs. 4)
- 1 polynucléose neutrophile relative dans 5 cas (obs. 3,4,7,13 & 14) variant de 77 à 86 %.
- 1 neutropénie à 47% accompagnée de lymphocytose à 46% dans l'observation 5.

II - LE BILAN INFLAMMATOIRE

a) la vitesse de sédimentation reste un bon élément de surveillance, elle est accélérée dans 11 cas sur 16 variant de 25 mm à 145 mm à la 1ère heure. Elle est accélérée fortement dans les deux spondylarthritesscandinaves dépassant 100 mm à la 1ère heure.(obs. 7 & 14). Elle est dans les limites normales dans 5 observations, variant de 4 à 15 à la 1ère heure.

b) Le fibrinogène n'a été retrouvé, élevé franchement que dans un seul cas (obs.14).

c) Les alpha 2 et les Gamma globulines sont élevées dans 2 cas seulement.

III - LA REACTION DE WALLER ROSE a été trouvé positive 3 fois seulement aux taux de 1/64, 1/128 et 1/512 (obs.6,9,10). Aucune interprétation valable n'en peut être donnée, car ces examens ont été réalisé dans des conditions techniques défectueuses.

IV - LES ANTISTREPTOLYSINE O sont toujours normales.

V - LA RECHERCHE DE CELLULES DE HARGRAVES a été constamment négative.

VI - ANATOMO-PATHOLOGIE.

Nous n'avons pratiqué qu'une seule biopsie synoviale du genou qui a donné le résultat suivant :

- " le prélèvement examiné montre une synoviale dont les franges sont atrophiques. Leur axe est fibreux et contient quelques capillaires, au niveau de certaines d'entre elles le chorion sous jacent est Hyalin et ne renferme que de très rares cellules inflammatoires.

Il s'agit d'une synovite chronique sans image histologique de spécificité.

E V O L U T I O N

1) Complications :

Il faut souligner que parmi nos 16 patientes, une est décédée après 2 ans d'évolution seulement (obs. 14).

Il s'agit d'une spondylarthrite ankylosante à début juvénile (17 ans) qui a simulé une polyarthrite chronique avec les atteintes et déformations habituelles. et une carpite bilatérale. Cependant, la négativité constante des réactions de Waaler Rose et la présence d'une sacro-iléite bilatérale massive ont permi de redresser le diagnostic, mais l'évolution devait se compliquer au cours de la première année par l'apparition d'un goitre nodulaire avide d'iode et au cours de la deuxième d'un symdrome néphrotique. Quatre mois plus tard, elle décède dans un état de cachexie totale, sans qu'aucune thérapeutique anti-inflammatoire ou immunodepressive n'ait eu d'efficacité.

2) Sur le plan de la douleur :

les spondylarthritesféminines évoluent selon 2 modes :

- le premier par poussées entrecoupées de rémission, mode le plus rare et le second sur un fond algique permanent, cas le plus fréquent.

3) Le bilan des séquelles s'établit comme suit :

a) Dix patientes sur seize présentent d'importantes lésions rachidiennes qui ont abouti à une rigidité complète aux trois niveaux dans 4 observations (obs.2,3,6 & 11)

Au niveau dorsolombaire dans 3 cas (obs.5,12 et 16)

b) L'évolution des atteintes articulaires périphériques n'a jamais donné lieu à une ankylose, cependant, la limitation du jeu articulaire sévère est fréquement notée comme l'indique le tableau n° 17 qui permet de noter :

- limitation des 2 hanches : chez 9 patientes
- " des 2 genoux : " 2 "
- " des épaules : 4 fois bilatérales
  4 fois unilatérales
- ces limitations s'associent chez 5 patientes réalisant une lourde infirmité.

D I A G N O S T I C

Il est essentiellement fondé sur l'existence d'altérations sacro-iliaques bilatérales sur l'image radiographique. D'où la nécessité de procéder à cette exploration devant toute rachialgie d'allure inflammatoire, ou une oligo-arthrite des grosses articulations.

Parfois, il existe un certain retard entre l'existance d'algies rachidiennes continues et l'apparition de remaniements sacro-iliaques caractéristiques. Dans ce cas, la démarche diggnostique sera plus nuancée et tiendra compte de la nature et de la localisation des douleurs

N° O B S		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
AGE DE DEBUT			16	32	23	46	30	33	32	28	23	25	18	33	17	26	26
DUREE D'EVOLUTION			4	11	7	5	3	6	2	12	15	15	4	1	2	4	10
HANCHES	D	L			L		L			L	L	L	L			L	L
	G																
GENOUX	D						L								L		
	G						L								L		
EPAULES	D			L	L		L			L	L			L	L		
	G		L				L				L			L	L		
AUTRES ARTICULATIONS				+			+							+			

L = LIMITATION

TABLEAU 17

thoraciques et pelvirachidiennes spontanées ou provoquées, de la présence d'une ossification para-vertébrale, d'une iritis ou irido-cyclite, de l'atteinte inflammatoire périphérique, d'une vitesse de sédimentation élevée.

Ce sont ces cas qui posent également les problèmes de diagnostic différentiel et il conviendra alors, selon que les signes d'appel sont rachidiens ou articulaires d'éliminer les ostéopathies diffuses malignes ou métaboliques, l'ochronose, un rhumatisme infectieux ou cryptogénétique, la polyarthrite rhumatoïde ou une collagénose.

IV - C O N C L U S I O N S -

-=-=-=-=-=-oOo-=-=-=-=-=-

1 - La spondylarthrite est 10 fois plus rare chez la femme que chez l'homme.

2 - L'âge moyen de début de la spondylarthrite ankylosante féminine est plus tardif (27 ans) alors que chez l'homme il est de 23 ans.

3 - Les circonstances de début sont identiques dans ces 2 variétés et dominées par l'atteinte pelvi-rachidienne classique.

4 - L'atteinte sacro-iliaque reste le maître signe de la maladie, indispensable au diagnostic.

5 - Les manifestations articulaires périphériques sont très fréqentes en phase d'état dans les deux sexes, cependant, il convient de souligner que dans la spondylarthrite féminine l'atteinte rhizomélique réalise la variété clinique la plus fréquement observée, à côté de formes polyathritiques plus rares.

6 - La coxite est aussi fréqente que chez l'homme et semble évoluée plus lentement puisqu'aucune ankylose complète n'a été retrouvée, et que la marche est conservée bien que difficile, dans la majorité des cas.

7 - Une forme maligne est susceptible de se réaliser chez la femme alors que chez l'homme, nous n'en avons jamais observé.

8 - Le pronostic fonctionnel est aussi grave dans les deux sexes surtout lorsque s'associent aux atteintes pelvi-rachidiennes massives, des localisations articulaires périphériques et particulièrement une coxite dont le pronostic meilleur chez la femme, n'en demeure pas moins sombre.

9 - Sur la plan radiologique : l'atteinte et les blocs apophysaires postérieure, les syndesmophytes et l'épiphysite vertébrale sont d'une fréquence identique dans les deux sexes.

10 - Sur le plan biologique les examens n'apportent aucun élément de spécificité.

11 - La thérapeutique fera appel, dans une affection inflammatoire et potentiellement invalidante à la mise en jeu concomitente de médications anti-inflammatoires, surtout indométhacine et dérivés pyrazolés (phénylbutazone et dérivés) associés à une rééducation selective longtemps poursuivie.

- B I B L I O G R A P H I E -

ADLER ET CARMON.A.
Ankylosing spondylitis A review of 115 sases Acta.Rhoum Scand.1961-219-232.

BASSET F. COSTE.F. GUIRAUDON.C. DELBARRE.F.
"La ponction biopsie de la synoviale ou du genou. son intérêt pour la diagnostic de la maladie rhumatismale.
Presse médicale 1964-72 - 1881-1886

BERSTEIN.L. BROCH.O.J.
"Cardiac- complication in spondylarthritis ankylopoeitisa.
Acta. Med. Scandinavia 1949.135 - 185 - 194.

BONI. A. KAGANAS. G.
" La clinique et la thérapeutique de la spondylarthrite ankylosante".

CAMUS J.P. ET ZEGA A.P.
Spondylarthrite ankylosante E.M.C APP. LOC. Fasc.14230 ALO 1-1970 P.15.

COSTE F BOUREL L. LAURENT. R.
Remarque à propos de 18 de SPA féminine (in II Cong Européo Rhoun Barcelone 1951 Editorial scientific edit. 31-32.

COSTE F.
" La S.A. données biologiques et problèmes physio-path.
Revue Praticien 1060.10 2825-2834

DELBARRE .F. AMOR. B Mme KAMAN. A KRASSINE .G.
Données récentes sur la synoviale et le liquide sinovial.
Bull Mem Soe Hop Paris. 13-1966-1277-1304

DELBARRE F. AMOR. B PANAMI. F.
L'atteinte spondylarthrite dans le thumatisme de Fiessinger Leroy Reiter - Semaine des hopitaux Paris 1969-9-563

DUDLEY HART and MAC-LAGAN M.F.
Ankylosing sponkylitis A reviex of 184 cases Ann. Rhour Dis 1966-14-77-83

FORESTIER JACQUELINE-ROTES QUEROL
spondylarthrite ankylosante d'évolution rachidienne indolore. Rev du Rhum. 1951 pp. 286-287

FORESTIER JACQUELINE - ROTES QUEROL
Etude statistique sur les symptomes de début de la S.A. Rev du Rhum 1949 - 218 - 226

FORESTIER
de la spondylose rhumatismale. archive de médecine 1901

FORESTIER ET ROBERT
Ostéophytes et syndesmophytes. Gazette médicale de France 1934 p. 192 - 202

GUIRODON. C.
L'histoire de la synoviale dans les rhumatismes inflammatoires Bull Mem Soc Med Hop Paris 1966-13-1267-1276.

GRABER ET DUVERNAY. J.
Spondylarthrite ankylosante féminine à localisation initiale cervicale avec à ce moment intégrité radiographique des articulations sacro iliaque rhumatologie 1957-9-72-78.

HART F.D.
Ankylosing spondylitis A review of 184 cases Ann.Rhoun Dis 1955-14-77-86/

HART F.D ET ROBINSON E.D
Ankylosing spondylitis in women Ann.Rhoun dis 1959-18-15-23

JACOBS.J./H. & ROSE. F.C
La spondylarthrite ankylosante, maladie familiale Brit. Med J. 13 Nov 1954-32-n° 4997, 1139- 1140 (bibliogr)

JULKUNEN .H.
Distribution de cas d'arthrite rhumatoïde et spondylite ankylosante en Finlande en 1965 Acta.Rheum, scand 1966-12 N°1 53-58 (résumé français).

KORNSTAD.AMG & KORNSTAD L.
Spondylite ankylosante dans 2 familles dont seule les membres féminins étaient atteints avec recherche sur le linkage des gènes déterminant les antigènes des groupes sanguins Acta. Rheum. scand 1960-6 N° 1 59-64 (bibliogr) (résumé français)

VIGNON. G.
Spondylarthrite féminine familiale (a propos de 3 cas) thèse Paris 1970 n° 417 66 pages.

LYNN T.N. - Spondylite rhumatoïde chez une fillette impubère - Am. J. Dis. Child., fév. 1956, 91, n° 2, 158-161 (bibliogr).

LOUYOT . P - sur l'aspect radiologique de la spondylose Rêv. Rhum 1954- 21 - 54 - 58

MARIE. P.
Deux cas de spondyloses rhizomélique. Bull. Mem.Soc.Med. Hop. Paris 1898-15-121-125

MICHAUD .P. FORRESTIER . J.
Les manifestations oculaires de la S.A. Rev. Rhum 21489 496.

MOESMANN. G.
Facteurs étiologiques héréditaires et exogènes de la spondylite ankylosante. Spondylite ankylosante chez deux paires de jumeaux monozygotes. Acta. rheum scand 1960,6, n° 2 144-150 2 fig, I tabl (bibliogr) (résumé) Français)

O'CONNELL D. - L'hérédité dans la spondylite ankylosante.- Ann. Of Int. Med., mai 1959 -50, n° 5, 1115-1121 (bibliogr=.

PIGUET .B. - l'héréditaire en rhumatologie Rev.Rheum 1952-19 645 - 673

POEL W . & TREIBER W.
La maladie de Bachterew dhez le sexe féminin Munch Med Wschr I" Avril 1962 104-n° 15 674-678 (bibliogr) (résumé Français).

POLLEY.H.J. SLOCUMB C.
Rhematoïde spondylite Study of 1035 cases Ann.Inter Med 1946-26-240-249

POSTEL. M.
Les possiblités chirurgicales dans le rhumatisme inflammatoire de la hanche (S.A.P.C.E.) Gaz. Med. Franç. 5 juin 1967-74-16-3077-3088

PUTOIS. DUTRAIN. I . -
Les facteurs de gravité de la S.A. Thèse Toulon 1965.

RAVAULT P. BERTHIER L. ET DUPRE A.L.
Spondylarthrite ankylosante féminine à début tardif.
- Lyon méd., 26 déc. 1954,86,N°52, 533-537

RAVAULT P. VIGNON. G. LEJEUNE. E PELLET.MV.
Les débuts articulaires périphériques de la S.A à propos de l'étude d'une statistique de 150 cas . J. Med Lyon 1958-39-3-16.

RAVAULT. P. VIGNON.G LEJEUNE. E.
Les coxites de la spondylarthrite ankylosante .Rev. Rheum. 1964-31-565-575.

RIECKER H.H., NELL J.V. & TEST . A.
Spondylite rhizomélique (spondylite ankylosante) héréditaire dans une famille. - Ann. Int. Méd., nov. 1950, 33,N°5 1254-1273, 5 fig.

ROUMAGNAC. H.
Le syndrome de Fiessinger Leroy Reiter en Algérie . Rev Praticien (Paris) 1960-10-2516-2524;

RUTISHAUSER . E. JACQUELINE. F.
Les coxites rhumatismales . Acta. Rheum Geigy 1955-16

RYCKEWAERT .A. - Le diagnostic de la S.A. au début de son évolution Rev-Prat. 1960-10-2799-2804

SEZE(S. de) & RYCKEWAERT. A.
La S.A. maladie des os et articulations.

SEIZE (de) LEQUESNE . M.
La spondylite rhumatismale sans altération sacro-iliaque Les critères de diagnostic Arch. Rheum. 1961-4-328-362.

SEZE (de). - le vrais visage de la S.A. - Bull - Acad. Nat. Med. 1958-142-412-421

SEZE (de) RENIER J.C. MOREAU.J.
Le diagnostic précoce de la S.A. Rev. Med. Franç 1957 -38 199-205.

SEZE (de) KAHN M.F. DRYLL .A. SOLNICA J.
La S.A. et ses problèmes éthiologiques Act. Rhum. 1967.

SEZE (de) & DJIANN .A.
Spondylarthrite ankylosante féminine avec intégrité radiologique des articulations sacro-iliaques. Rev. Rheum 1956-23, 619-622.

SIMPSOM N.R.W. & STEVENSON C.J.
An analutis of 200 cases of ankylosing spondylitis
Brit Med 1949-I-214-216.

SORENSEN E.W. - Maladie de Bechterew chez des jumelles monoovulaires. - Nord Med.- 31 Mars 1960, 63, 394-395.

SOUILLAC H.L.G.M.
La S.A. féminine thèse Paris 1955- 273.

STECHER R.M. HERSCH A.H. -, indicence familiale de la S.A. Brit. H. Phys. Med., août 1955, 18,176-183

THOMPSON G.R. MARTEL W. REKIC M.T & HAYES J.T.
Spondylose ankylosante, hyperuricémie et anomalies de l'articulation lombo-sacrée - étude familiale Ann.of Int. Med Déc.1963, 59 n° 6, 848-858.

TYSON .T.L. THOMPSON W.A.L & RAGANC
Spondylite de Marie Struempell chez la femme. Ann. Rheum. Dis 1944-21-92.

TYSON T.L. THOMPSON (W.A.L.) & RAGAN C. Marie Strumpell spondylitis in women (Ann. Rheum. Dis 1953-12-40)

ULIUS K. Interruption de la grossesse pour maladie de Bechterew très avancée. Zbl. Gyn. 21 déc. 1957, N° 51, 1978-1982.

VACRINOS E & PAPADAKIS C.
Forme familiale de la spondylarthrite ankylosante Rev. Rhumat. déc. 1955, 22 n° 12 858, 837

WEISSENBACH R.J.
Le rhumatisme psoriasique . La vie médicale 1970 Fév..

LEXIQUE RADIOLOGIQUE

- STADE I - = déminéralisation des berges avec pseudo-élargissement de l'interligne qui est irrégulier.

- STADE II = condensation des berges , manifestations massives avec possibilité d'existance de géodes. Irrégularité des berges.

- STADE III = pratiquement état de fibrose des articulations avec disparition des phénomènes de condensation et disparition presque complète de l'interligne par fusion des berges.

S O M M A I R E

INTRODUCTION

MATERIEL D'ETUDE

COMMENTAIRES

Etiologie

I - Fréquence

II - Age de début

III - Facteur génétique

IV - Facteur géographique

V - Influences diverses

Modesde début

Période d'état

- A - Etude clinique et radiologique du rachis
- B - Etude de la sacro-iliaque
- C - Manifestations articulaires périphériques
- D - Manifestation extra-articulaires et associées
- E - Biologie

Evolution

- Diagnostic
- Conclusions et thérapeutiques

BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE